



**Caja de Previsión y Seguridad Social  
de Abogados y Procuradores de la Provincia de  
Córdoba**

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba  
e-mail: afiliaciones@caja-abogados.com.ar

**SOLICITUD DE AFILIACION**

**DATOS PERSONALES**

Apellido y nombre completos: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Nacionalidad: .....

Documento: D.N.I. / L.E. / L.C. N°: ..... CUIL/CUIT N°: .....

Sexo: ..... Estado civil: .....

Domicilio real: ..... N°: ..... Piso: .....

Barrio: ..... Ciudad: ..... C.P: .....

Tel/cel: .....

Correo electrónico: .....

Redes sociales:    .....

**DATOS PROFESIONALES**

Fecha de Matriculación: ..... / ..... / ..... Matrícula N°: ..... Circunscripción ° .....

Colegio: .....

Título otorgado por la Facultad ..... en fecha ..... / ..... / .....

Universidad: .....

Constituye domicilio especial en ..... N°: .....

Piso: ..... Barrio: ..... Ciudad: ..... C.P: .....

Tel/cel: .....

Correo electrónico: .....

**DECLARACION JURADA ART. 64**

*“No podrá afiliarse a esta Caja ni rehabilitar su afiliación quien este jubilado o haya cumplido la edad y servicios para obtener el beneficio previsional en otro sistema”.*

Declaro bajo juramento que a la fecha no estoy jubilado/a ni en condiciones de Jubilarme.-

Lugar: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

.....  
Firma y aclaración