



**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