



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900  
[www.caja-abogados.org.ar](http://www.caja-abogados.org.ar) – email: [afiliaciones@caja-abogados.com.ar](mailto:afiliaciones@caja-abogados.com.ar)

**SOLICITUD DE AFILIACION**

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre completo: .....

Fecha de Nacimiento ...../...../..... Nacionalidad.....

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

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

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

B° ..... Ciudad..... C.P.....

Tel/cel: ..... correo electrónico: .....

**DATOS PROFESIONALES**

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

Circunscripción N°.....Colegio.....

Titulo otorgado por:

Facultad..... Fecha...../...../.....

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

Piso.....B° ..... Ciudad..... CP.....

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