Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A: Presidente Caja de Previsión Social Médica

De Río Negro

De mi consideración:

Por la presente me dirijo a Ud. a fin de solicitar el beneficio de la JUBILACION ORDINARIA, de conformidad con las disposiciones legales y estatutarias en vigencia.

Declaro haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir y todo aquello que debo presentar para cumplimentar los requisitos formales para el otorgamiento de dicho beneficio.

Asimismo , declaro conocer, que si continúo en actividad luego de la presente solicitud, debo realizar el aporte correspondiente al nivel 6 en el que me encuadraré a partir del otorgamiento del beneficio, dejando expresa autorización para que el importe correspondiente a dicho nivel sea descontado directamente de mis haberes.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Piso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dpto.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_donde se tendrán por válidas todas las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi

Presencia por el/la :

Sr/a.....................................................................................................

DNI Nº..................................................................................................

...........................................................................................

Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente