

SOLICITUD DE
RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO
PROFESIONAL



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

27 DE ABRIL 842 - TEL. 4230618 - 4235900 - 4227279 - FAX 0351 - 4230618
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (0351) 4232750 - 4255178 - 5000 Córdoba
e-mail: información@caja-abogados.com.ar

Córdoba, de de-

Señor Presidente de la
Caja de Previsión y Seguridad Social de
Abogados y Procuradores de la Provincia
de Córdoba

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

afiliado/a nro. LE / LC / DNI

con domicilio en calle

nro. piso dpto. teléfono

barrio de la ciudad de

CP comparece ante el Señor Presidente y dice:

Que viene por el presente a solicitar **RECONOCIMIENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL** para lo cual solicita se efectúen los trámites pertinentes para ello.-

Declaro bajo juramento que estoy afiliado a las Cajas:.....

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

y que gozo de los siguientes beneficios previsionales

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

Sin otro particular, saludo al Señor Presidente muy atte.-

.....

Firma



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

27 DE ABRIL 842 - TEL. 4230618 - 4235900 - 4227279 - FAX 0351 - 4230618
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (0351) 4232750 - 4255178 - 5000 Córdoba
e-mail: información@caja-abogados.com.ar

REQUISITOS

1. Completar el formulario
2. Certificado del Colegio de Abogados respecto del movimiento de la matrícula profesional de abogado/a solicitante
3. Libre deuda de la Institución

IMPORTANTE

Si el reconocimiento es solicitado a los fines de la aplicación de los convenios de reciprocidad entre cajas previsto en la Ley 8.404, el afiliado deberá aclararlo en la solicitud.-