



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL Expte

SERVICIO DE COMPLEMENTO DE JUBILACIONES Y PENSIONES
COMPLEMENTO JUBILATORIO

1- Solicitante N° Legajo

Apellido Nombres

Documento N° Tel Fijo/Cel

Dirección N° Piso Dpto

Localidad Provincia CP

Fecha de nacimiento Estado Civil

Correo electrónico

Apellido, Nombre y teléfono de contacto familiar

2- Situación que revistaba en la UNL el titular del beneficio

Instituto/s Fecha de cese

Cargo/s al cese

3- Cónyuge

Apellido Nombres

Documento N° Fecha de nacimiento

4- Hijos menores de 18 años / Discapacitados

| N° | Nombres y Apellido | Fecha Nacimiento | Documento N° |
|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

El solicitante manifiesta que si no percibe retribución en concepto de jubilación u otro concepto. Así mismo manifiesta con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los datos arriba consignados son correctos y ciertos, comprometiéndose a informar cualquier alteración en los mismos.

Lugar y fecha

.....
Firma solicitante



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

SERVICIO DE COMPLEMENTO DE JUBILACIONES Y PENSIONES
COMPLEMENTO JUBILATORIO

5- Datos del ingreso al Servicio de Complemento

Fecha de alta

Haber determinado

6- Intervención del Superior

Tomado conocimiento de la situación del beneficiario.

.....

Firma del Superior