

CARGA DE FAMILIA

Solicitud

..... dede

SEÑOR PRESIDENTE DE LA CAJA
DE PREVISIÓN Y SEGURO MÉDICO
SU DESPACHO

.....
(Nombre y Apellido completos del solicitante)

LC/LE/DNI.....Nro.CUIT/CUIL....., Beneficiario de
....., Matrícula..... con domicilio real en calle
..... Nro..... Piso Depto. de la localidad de
..... C.P: Teléfono....., solicito el Beneficio
de **Carga de Familia por**

(Vínculo, Nombre y Apellido completos)

LC/LE/DNI....., Fecha de Nacimiento
Nro. CUIL/CUIT.....

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio
especial en calle.....Nro.....Piso.....Depto.....de
la localidad de..... C.Pdonde se tendrán por válidas la
totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Dirección de e-mail

Sin otro particular, saludo a Ud. con mi mayor consideración.

.....
Firma, Aclaración y DNI

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi
presencia por el/la :

Sr/a.....

DNI N°.....

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente