

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE  
DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Sede: 25 de Mayo 1867 – P.B. – S3000FTG - Santa Fe Tel./Fax (0342) 4593385 E-mail: artedecurar@cpac.org.ar  
Delegación: Jujuy 2150/54 – S2000AGT – Rosario Tel./Fax (0341) 4251158 E-mail: artedecurarros@cpac.org.ar

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS**

Señor

Presidente de la Caja de Seguridad Social para los  
Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe  
Presente

Solicito a Ud., y por su intermedio al H. Directorio de la Caja que preside, el reconocimiento de los servicios con aportes a esa Institución, en los términos del art. 5 del Convenio de Reciprocidad aprobado por Resolución de la Subsecretaría de Seguridad Social de la Nación N° 363/81, a fin de computarlos para la solicitud del beneficio previsional, cuyo otorgamiento se formulará a la siguiente Caja Otorgante: .....  
.....,  
cuyo domicilio es .....

Afiliado N°: ...../00. Apellido y nombre: .....  
Profesión: ..... DNI N°: ..... Teléfono: (.....).  
Domicilio: .....  
Localidad: ..... Provincia: .....

Presto mi conformidad para que se me notifique la resolución que se dicte al siguiente e-mail:  
.....@.....

**Me notifico de que, de conformidad con lo normado por el art. 11 de la Ley 12.818, es obligación del afiliado comunicar en tiempo y forma fehaciente todo cambio de domicilio postal o electrónico, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. Las notificaciones serán válidas en los domicilios denunciados hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente el cambio.**

Saludo a Ud. atentamente,

Certifico que la firma que antecede fue puesta en mi presencia por el solicitante.

.....  
Firma del solicitante

.....  
Firma y aclaración del funcionario certificante  
(Autoridad Judicial, Escribano Público o personal de la CPAC)

.....  
Aclaración o sello