



SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y TRANSITORIA EXCEPCIÓN DE PAGO DEL APOORTE PREVISIONAL (ART. - LEY 12.818)

FOR-INC-001

- INCAPACIDAD TOTAL Y TRANSITORIA
 AMPLIACIÓN PLAZO DEL SUBSIDIO
 EXCEPCIÓN DE PAGO DEL APOORTE PREVISIONAL
 AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EXCEPCIÓN DE PAGO DEL APOORTE PREVISIONAL.

1- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA - MES - AÑO

DOCUMENTO

TIPO

NÚMERO

CELULAR

COD PAÍS

COD ÁREA

NRO TELÉFONO

					+54	0		15	
--	--	--	--	--	-----	---	--	----	--

DOMICILIO ELECTRÓNICO

--

SOLICITO QUE SE ME CURSEN TODAS LAS NOTIFICACIONES AL DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO, LAS CUALES TENDRÁN PLENA VALIDEZ LEGAL.

2- DOMICILIO

CALLE:		Nº		PISO:		DPTO.	
C.P.:		LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

3- DATOS INCAPACIDAD

FECHA DE INICIO

DÍA - MES - AÑO

--	--	--

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD EN LA QUE SE BASA EL PEDIDO (EN CASO DE SOLICITUD ORIGINAL) O DE COMIENZO DE LA AMPLIACIÓN DEL PLAZO

CANTIDAD DÍAS:

--

DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO (EN CASO DE SOLICITUD ORIGINAL), O A PARTIR DEL COMIENZO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO

ACLARACIÓN

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO.

NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

	/		/	
--	---	--	---	--

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA