

<b>TITULO :</b>  <b><u>SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS INTERNACIONALES</u></b>	<b>Código:</b> E-189 <b>Revisión:</b> 8 <b>Confeccionó:</b> L.A <b>Vigencia:</b> 22/02/16 <b>Página:</b> 1 de 2
---	---

**SOLICITUD N°**  **FECHA:**  de  de

**IMPORTANTE:** Previo a la presentación de esta solicitud de reconocimiento de servicios ante el IPS, el interesado deberá presentarse en ANSeS (Organismo de Enlace) para conformar un expediente, que luego adjuntará en IPS al momento de presentar esta solicitud.

(\*) **Datos obligatorios, además de los habituales, sin los cuales no se podrá continuar la carga posterior, es decir que es imprescindible se coloque un mail (aunque sea alternativo) y un domicilio constituido en Pcia. de Bs. As.**

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE*

DATOS DEL BENEFICIARIO / CAUSANTE <i>(Tachar lo que no corresponda)</i>					
<b>1</b>	Apellido/s		Nombres		CUIL
	Fecha de Nacimiento		DNI	Mail (*)	Teléfono Fijo
	Domicilio real		Correo Postal		
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)		Correo Postal		
	Fecha de Defunción	<i>Llenar sólo para Reconocimiento de servicios en caso de Pensiones</i>			

*Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en el caso de Pensiones*

DATOS DEL SOLICITANTE					
<b>2</b>	Apellido/s		Nombres		CUIL
	Fecha de Nacimiento		DNI	Mail (*)	Teléfono Fijo
	Domicilio real		Código Postal		
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)		Código Postal		

*Llenar con los datos del APODERADO sólo en caso de corresponder*

DATOS DEL APODERADO					
<b>3</b>	Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT
	DNI		Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto-Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)		Código Postal		

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
8	22/02/16	♦ Cambio de logo y se agregó texto Importante..

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

**Declaración Jurada Servicios con Aportes**

Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los servicios detallados a continuación son todos los desempeñados por mí con aportes en el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires.

**SERVICIOS DESEMPEÑADOS CON CESE**

Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

4

Observaciones:

**IMPORTANTE:** La omisión o falsedad en las presentes Declaraciones Juradas será pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Código Penal.

**Artículo 293:** "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años al que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concierne a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

Deberá ser llenado en todos los casos por el BENEFICIARIO

**Firma del BENEFICIARIO**

5

Firma: ..... Aclaración: ..... Lugar y Fecha: .....

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

**CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (\*)**

6

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2, 3 y 5 son copia fiel del / los obrante/s en el / los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la/s firma/s o impresiones digitales estampadas en el recuadro 4 fueron colocadas en mi presencia.

.....  
Lugar y Fecha                      Sello - Firma                      Aclaración de Firma y Cargo

(\*) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consular competente, Escribano con registro, Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, Autoridades Gremiales y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.