Caja de Asistencia y Previsión Social de Abogados
Y Procuradores de la Provincia de Jujuy
C.A.P.S.A.P.

MAT. PROFESIONAL N°: _____

DATOS PERSONALES.-

APELLIDO Y NOMBRES _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ N°:_____ SEXO_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO REAL: _____ TEL_____

DOMICILIO_LEGAL:_____ TEL_____

ESTADO CIVIL:_____ CUIT_____ CUIL_____ CELULARES_____

NACIONALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL-_____ EMAIL _____

CÓNYUGE/CONVIVIENTE:

APELLIDO Y NOMBRES: _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ N°:_____ SEXO_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____ PROFESIÓN: _____ CELULAR_____-

CUIL_____

HIJOS

APELLIDO Y NOMBRES	FEC. NACIMIENTO	SEXO	DOCUMENTO TIPO Y NUMERO	POSEE DISCAPACIDAD	CUIL

DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

TITULO: _____ UNIVERSIDAD_____

FECHA OBTENCIÓN DEL TÍTULO _____ FECHA. DE MATRICULACIÓN_____

ESPECIALIDAD DE LA PROFESION:_____

_____ _____ _____

FIRMA PROFESIONAL ACLARACION LUGAR Y FECHA

_____

FIRMA EMPLEADO CERTIFICANTE

* ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA DE IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

* TODA MODIFICACION EN LA INFORMACION DECLARADA DEBE SER COMUNICADA ANTE ESTE ORGANISMO A LOS EFECTOS DE SU CONOCIMIENTO Y POSTERIOR CAMBIO EN EL SISTEMA.-

* PARA CUALQUIER CONSULTA SOLICITE ASESORAMIENTO AL PERSONAL DE ESTA INSTITUCION. EL AFILIADO DEBERÁ ENTREGARLO PERSONALMENTE DE LUNES A VIERNES DE 7:30 A 16:30HS. FIRMANDO EN PRESENCIA DEL PERSONAL DE ESTA CAJA.

Otero N° 127 – San Salvador de Jujuy
Teléfono y Fax (0388) – 4230686
E-mail: capsap@arnet.com.ar