



CAPSAP

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

FORM.V.RES. 26/18

DATOS DEL AFILIADO

M.P.				
------	--	--	--	--

APELLIDO Y NOMBRES: _____

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

ESTADO CIVIL: _____ CUIT _____ NACIONALIDAD _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ N° _____ PISO _____ DPTO. _____ BARRIO _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

<u>APELLIDO Y NOMBRES</u>	<u>DNI/LC/LE</u>	<u>FECHA DE NAC.</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>PORCENTAJE %</u>

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL PRESENTE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO TENDRÁ VIGENCIA A PARTIR DEL PRIMER DÍA HÁBIL DEL MES SIGUIENTE AL ALTA DEL MATRICULADO EN NUESTRA INSTITUCIÓN, DICHA AFILIACIÓN SE PRODUCIRÁ A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN FEACIENTE DE LA MISMA POR PARTE DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y

PROCURADORES DE LA PROVINCIA DE JUJUY.

EL PRESENTE SUBSIDIO SE ENCONTRARA VIGENTE EN LA MEDIDA QUE EL MATRICULADO REVISTA EL CARÁCTER DE “ACTIVO” O “JUBILADO”, CONFORME LO PREVISTO POR RESOLUCION 142/2015.

FIRMA PROFESIONAL

ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA

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