



FORMULARIO PRESTACIÓN ANTICIPO DE JUBILACIÓN Nro. _____



Caja de Seguridad Social
para Odontólogos y
Bioquímicos de Salta

Salta, ___ de _____ de 202__

Al Señor Presidente del Directorio de la
Caja de Seguridad Social para Odontólogos y Bioquímicos de Salta

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

En mi carácter de afiliado de la Caja que usted preside, habiendo tomando conocimiento de los requisitos contenidos en el Reglamento de Prestación Anticipo de Jubilación (PREJUB), manteniendo mí matrícula activa y ejerciendo actualmente mi profesión, manifiesto voluntariamente optar por la siguiente opción:

Percepción del PREJUB desde el mes siguiente, sin efecto retroactivo.

Tomo conocimiento que al adherirme a la presente opción, no se efectuara el ajuste del 3% de la jubilación básica por cada año calendario de aportes en exceso previsto en el art. 81 de la Ley 6757, desde que se acuerde la jubilación, como así también la percepción de ambos es incompatible y que la elección de uno, anula el devengamiento del otro.

Información del Solicitante

Apellidos:	Nombres:
Profesión:	Matricula:
Tipo y Nro. De documento:	Dirección:
Localidad:	Teléfono:
Celular:	Correo Electrónico:
Firma:	Aclaración:

INFORME ADMINISTRATIVO

Edad Mínima(65 años cumplidos)	
30 años de aportes: Aportes Ordinarios:	
Aportes de Regularización:	
Matricula activa en el Colegio respectivo (Certificado en caso de rehabilitación)	
Fotocopia DNI	
Constancia de CBU, CUIL y Nro. de cuenta.	
No registra deuda por aportes previsionales, FOCOB y cuotas de préstamos.	
Observaciones:	

Recepción: _____

Control: _____

Control: _____

POR EL DIRECTORIO

--	--	--