

**SOLICITUD DE ACUMULACION DE SERVICIOS
LEY 17.819 DEL 6/9/2004**

(FORMULARIO 1)

Oficio */07

ORGANISMO DE ENLACE:	FECHA DE SOLICITUD

ORGANISMO/S DE DESTINO:

DATOS PERSONALES				
NOMBRES Y APELLIDOS				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NACIONAL.	CEDULA DE IDENTIDAD ¹	CREDENCIAL CIVICA
DOMICILIO				
CALLE			NUMERO	APTO.
CIUDAD			DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRONICO			TELEFONO	FAX

INFORMACION ADICIONAL				
POSEE JUBILACIONES, RETIROS O PENSIONES			SI	NO
ORGANISMO	DESDE	NUMERO	MONTO	

¹ Se deberá adjuntar fotocopia de C.I. vigente.

DATOS DECLARADOS POR EL SOLICITANTE					
ORGANISMO	NOMBRE Y NUMERO DE EMPRESA O INSTITUCION	GIRO O ARMA	DESDE	HASTA	BONIF.

OBSERVACIONES

DECLARO BAJO APERCIBIMIENTO DE LO DISPUESTO POR EL ART. 239 DEL CODIGO PENAL, QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON EXACTOS Y QUE ESTOS SERVICIOS CORRESPONDEN A LA TOTALIDAD DE LOS PRESTADOS POR DICHAS AFILIACIONES.

FIRMA DEL FUNCIONARIO RECEPTOR

FIRMA DEL SOLICITANTE

**FIRMA FUNCIONARIO HABILITADO
POR ORGANISMO DE ENLACE**

CODIFICACIONES	
ORGANISMOS	CODIGO
CAJA MILITAR	61
CAJA POLICIAL	62
CAJA BANCARIA	63
CAJA NOTARIAL	64
CAJA PROFESIONAL	69
BPS – IND. Y COMERCIO	05
BPS – CIVIL	16
BPS – RURAL Y DOMESTICA	07