



Form.  
PS5.5

**Novedades /  
Opción de Traspaso**

**Tipo de Trámite**

Novedades  Opción de Traspaso

Frente

**1 - Titular del Beneficio**

Apellido/s		Nombre/s	
CUIT / CUIL	Tipo y N° de Documento		

Beneficio - SIPA				
Ex-Caja	T	Número	C	DV
1				
2				

**2 - Obra Social Actual**

Código (*)	Denominación
------------	--------------

Beneficio - Por Renta Vitalicia		
Cód.	CUIT/UIL	Tipo
Nombre CSR		

**3 - Obra Social por la que Opta**

Código (*)	Denominación
------------	--------------

**4 - Miembros del Grupo Familiar**

1	Apellido/s		Nombre/s			
	Tipo y N° de Documento	Tipo de Novedad	CUIT / CUIL	Cód. Paren	Incapacitado/a S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Apellido/s		Nombre/s			
	Tipo y N° de Documento	Tipo de Novedad	CUIT / CUIL	Cód. Paren	Incapacitado/a S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Apellido/s		Nombre/s			
	Tipo y N° de Documento	Tipo de Novedad	CUIT / CUIL	Cód. Paren	Incapacitado/a S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudia S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos. - Lea las instrucciones al dorso.

Quien suscribe \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_  
 certifico que la/s firma/s precedente/s corresponde/n a/los declarante/s por haber sido puesta/s en mi presencia acreditando identidad con \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_