



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PODER JUDICIAL

..... de de

Señor Titular de la Secretaría de Personal
de la Suprema Corte de Justicia
S/D

Tengo el agrado de dirigirme al señor Secretario a fin de solicitarle, disponga por medio del Departamento de Prestaciones Sociales, se me otorgue el SUBSIDIO indicado a continuación (encuadrado en los términos de los Acuerdos 3249, 2994, 3212, Resolución de Procurador 245/05, complementarios y modificatorios).

Apellidos y Nombres:.....
Cargo:.....
DNI: Legajo:.....
Lugar de Trabajo:.....
TELEFONO DE LUGAR DE TRABAJO Y CELULAR PARTICUAR:

(INDICAR CON X, según lo solicitado)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO | <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD. |
| <input type="checkbox"/> PRÓTESIS DENTARIA | <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA |
| <input type="checkbox"/> OTRAS PROTESIS / ORTESIS | <input type="checkbox"/> INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO / ESTUDIO MEDICO | <input type="checkbox"/> OTROS:..... |
| <input type="checkbox"/> NACIMIENTO / ADOPCION. (sólo hasta el cargo de Jefe de Despacho, inclusive. <u>En caso de que ambos padres sean agentes judiciales deberá realizar la solicitud uno de los dos.</u>) | |

FAMILIARES: CONYUGE HIJO (menor de 18 años o mayor discapacitado)

Cuyo nombre es.....

COBERTURAS SOCIALES QUE POSEO (para los tratamientos, estudios y cirugías)

.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

- I. Que no poseo otras coberturas sociales que las declaradas.
- II. No haber percibido otro beneficio por la causal consignada en estas actuaciones.
- III. Que la totalidad de la información es exacta y completa sin haberse omitido ni falseado dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

Su incumplimiento dará lugar a las penas previstas en el Código Penal de la Nación Argentina.

Saludo al señor Secretario muy atentamente.

.....
Firma del solicitante

USO OFICIAL