



PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PODER JUDICIAL

USO OFICIAL

, de de

Señor Titular de la Secretaría de Personal
de la Suprema Corte de Justicia
Doctor DANIEL OMAR GONZALEZ
S/D

Tengo el agrado de dirigirme al señor Secretario a fin de solicitarle, en carácter de agente en actividad, disponga por medio del Departamento de Prestaciones Sociales, se me otorgue el SUBSIDIO indicado a continuación (encuadrado en los términos del Acuerdo N° 2019 y modificatorias Acuerdo N° 3249, Acuerdo N° 3212 y Resolución de Procurador 245/05).

Apellidos y Nombres:.....
Cargo:.....
DNI: Legajo:.....
Lugar de Trabajo:.....

TELEFONO DELUGAR DETRABAJO Y CELULAR PARTICUAR:.....
(INDICAR CON X, según lo solicitado)

- | | |
|--|---|
| ☐ PROTESIS DENTARIA sólo para el agente. | ☐ INTERVENCION QUIRURGICA |
| ☐ OTRAS PROTESIS / ORTESIS | ☐ FALLECIMIENTO. |
| ☐ TRATAMIENTO / ESTUDIO MEDICO | ☐ INTERNACION PSIQUIATRICA |
| ☐ 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.....
(a tal efecto acompaño la documentación que lo avala)
Saludo al señor Secretario muy atentamente.

COBERTURAS SOCIALES QUE POSEO/POSEE mi familiar (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.

La acreditación del pago de la práctica debe ser presentada con el recibo o factura fehacientemente abonada, conforme a las exigencias contables vigentes.

.....
Firma del solicitante

SIN CURSO

Corresponde devolver al peticionante. Motivo

.....
.....
.....
.....

La Plata, de de 20

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES

VISTO:

El motivo invocado y la documentación adjunta, corresponde liquidar el
SUBSIDIO por la suma de:

.....
.....

La Plata, de de 20

OBSERVACIONES

- 1) Beneficiarios Acuerdo N° 2019 y modificatorias: el agente, su cónyuge y sus hijos menores de 18 años o mayores discapacitados.
- 2) Los subsidios por Nacimiento y Adopción, se encuentran sujetos a lo regulado en los Acuerdos N° 3212/05 y N°3216/05.