



*Caja de Seguridad Social para Veterinarios de la
Provincia de Buenos Aires - Ley 13169*
Certificado de Supervivencia

Matricula:.....

Apellido y Nombre:.....

Domicilio:

Nro:

Piso:

Depto:

Localidad:

C.P.:

EL QUE SUSCRIBE, CERTIFICA HABER CONSTATADO LA SUPERVIVENCIA
DEL BENEFICIARIO, CON (DNI - LE -
LC) Nro..... , CON DOMICILIO EN
..... LA LOCALIDAD DE
..... CODIGO POSTAL..... SE EXTIENDE EL
PRESENTE A LOS DIAS DEL MES DE DE 20..... AL SOLO EFECTO
DE SER PRESENTADO ANTE LAS AUTORIDADES DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA
VETERINARIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.-

.....
Firma Beneficiario

.....
Intervino

.....
Aclaración de Firma

Nota: El Beneficiario deberá certificar su firma ante Registro de las Personas, Escribano, Juez de Paz, Autoridades de Distritos, Policia Federal Argentina, Director de Zona o Personal de la Caja de Seguridad Social de Veterinarios de la Pcia de Bs. As. Siendo su

Nota (2): Para Beneficiarios que se encuentren internados, debera firmar: Director de Establecimiento Médico ó Centros Asistenciales de la 3ra Edad ó Nosocomio con el Correspondiente certificado médico.-