



FORMULARIO

SOLICITUD PAGO POR FALLECIMIENTO DEL AGENTE

Apellido y Nombre del Agente fallecido:

Legajo Nro.:

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:

D.N.I. Nro.:

Domicilio:

Vinculo familiar:

SOLICITO:

1. PAGO INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO
2. PAGO HABERES ADEUDADOS POR FALLECIMIENTO
3. PAGO REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO POR FALLECIMIENTO

SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA,

Firma solicitante

NOTA: Adjuntar Decreto de Baja.

- Copia Acta de defunción; Acta de Matrimonio / divorcio; Fotocopia DNI de hijos junto con sus respectivas partidas de nacimiento
- En caso de solicitar reintegro de gastos de sepelio, deberá presentar certificación de servicios de sepelio, mediante comprobante.



INFORME DPTO. LEGAJOS PERSONALES,.....

Expte N°:

Apellido y Nombre:

Legajo Nro.:

CUIL:

Fecha de ingreso:/...../.....

Situación de revista:

Dependencia:

Agrupamiento:

Secretaria:

Categoría:

Antigüedad:

Fecha de fallecimiento:/...../.....

Dcto de Baja N°:

Según Legajo del agente, registra el siguiente Grupo familiar:

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

OBSERVACIONES:.....

.....

Firma responsable