Régimen opcional de aportación reducida para Profesionales en Relación de Dependencia

SANTA ROSA,_____/_____/_____

Señor Presidente de la

Caja de Previsión Profesional de La Pampa

S.D._____

Ref.: **Régimen opcional de aportación reducida para Profesionales en Relación de Dependencia y/o Aportante a otra Caja Profesional**

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo Usted a fin de hacer la opción de aportación reducida para profesionales en relación de dependencia, según resolución 02/90.

A tales efectos adjunto a la presente fotocopia del recibo de sueldo, certificación emitida por empleador o comprobante de aportes previsionales en otra Caja Profesional, que certifica esta condición.

Asimismo declaro bajo juramento que acepto en todos los términos el referido régimen declarando conocer que el ejercicio de esta opción tendrá un efecto en la determinación de una menor jubilación en el futuro originado por haber realizado un aporte dinerario menor.

Se pone a consideración la solicitud que deberá cumplimentar, la cual también estará disponible en el siguiente link: http://www.cajadeprevision.org/formularios_varios.php

Se recibirá conforme el envío del formulario completo y con la firma correspondiente preferentemente a la siguiente dirección de mail: cajaprevprof@cpenet.com.ar.

Sin otro particular saludos a Usted con atenta consideración.

Nro. De Afiliado: _____

Apellido y Nombre: _____

Domicilio: _____

Nro. De Documento: _____

CUIL/CUIT: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

Firma: _____