



# Solicitud de Devolución de Aportes Profesionales.

SOLICITUD N°: \_\_\_\_\_

Sr. Presidente de la

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS PROFESIONALES

DE LA INGENIERÍA DE LA PCIA. DE SANTA FE – 1º CIRCUNSCRIPCIÓN

San Jerónimo 3033 (S3000FQM)

Quien suscribe (*profesión*) \_\_\_\_\_

(*nombre/apellido*) \_\_\_\_\_,

DNI N° \_\_\_\_\_, afiliado N° \_\_\_\_\_ matrícula N° \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

de la localidad de \_\_\_\_\_ código postal N° \_\_\_\_\_,

correo electrónico \_\_\_\_\_

teléfono particular N° \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

junto a mi/s comitente/s (*nombre/apellido*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

de la localidad de \_\_\_\_\_ código postal N° \_\_\_\_\_

correo electrónico \_\_\_\_\_

teléfono particular N° \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

solicitan la devolución de aportes efectuados en fecha \_\_\_\_\_

pagados en (entidad bancaria) \_\_\_\_\_

por el expediente N° \_\_\_\_\_ del Colegio de \_\_\_\_\_

por el motivo que a continuación se detalla: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Se adjunta a la presente liquidación por el Colegio Profesional respectivo*

\_\_\_\_\_  
Firma Comitente (\*)

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional

## **CERTIFICACIÓN DE FIRMA: (\*)**

Quien suscribe, previa comprobación de la identidad del señor/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mediante documento citado en la solicitud que antecede,  
certifica que la firma de la misma fue hecha en su presencia.

Santa Fe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma