



CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

-----EL FUNCIONARIO (1) QUE SUSCRIBE, CERTIFICA QUE EL/LA SEÑOR/A:

.....
QUIEN SE IDENTIFICÓ CON LE – LC – DNI (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA) N°:

.....FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... VIVE

Y SE DOMICILIA EN:

.....
TELÉFONO/S:

E-MAIL:.....

SE EXPIDE EL PRESENTE PARA EL INSTITUTO DE COMPLEMENTACIÓN DE
JUBILACIONES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO (ICUNC), EN

.....(2), A LOS..... DÍAS DEL MES DE

.....DE 20.....-

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FIRMA Y SELLO CERTIFICANTE

1. ÚNICAMENTE PODRÁN CERTIFICAR FUNCIONARIOS Y/O EMPLEADOS DEL ICUNC (TEL: 0261 4230678 E-MAIL: icunc@yahoo.com.ar), MIEMBROS COMISIÓN DIRECTIVA DEL CEJUPEN (CALLEJÓN LEMOS 538 – 5500 – MENDOZA – TEL: 0261- 4231859), REGISTRO CIVIL, POLICIA, JUECES LETRADOS O DE PAZ, ESCRIBANOS CON REGISTRO Y DIRECTORES DE HOSPITALES O CLINICAS, EN LOS CASOS DE ENFERMOS INTERNADOS.
2. LUGAR DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO.

IMPORTANTE: SI ESTE CERTIFICADO NO SE RECEPCIONA ANTES DEL DÍA 30/11/2011 SE SUSPENDERÁ EL PAGO DEL COMPLEMENTO.

NOTA: A los beneficiarios que se presenten con posterioridad al 30/11/11 se les abonará, como máximo, tres meses de retroactividad. La misma se abonará sea cual fuere la mora temporal en que haya incurrido el beneficiario en presentarla. Si es menor a 3 meses, se le hará efectivo sólo el lapso pertinente. (Res. N° 128/09 – ICUNC).