 **N° 00138**

**prestación de fondo mutual del abogado**

Conforme al T.U.O. de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General – Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, declaro que los datos consignados son reales y actuales, teniendo por tanto el carácter de declaración jurada.

Este formulario tiene como propósito brindar asistencia al agremiado, para una gestión más eficaz de su pedido.

|  |
| --- |
|  |

Retiro

|  |
| --- |
|  |

Reembolso

|  |
| --- |
|  |

Invalidez

SEÑORA DECANA DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LIMA

S.D.

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con Registro CAL N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y teléfono N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que para los efectos de acogerme al Beneficio de Fondo Mutual de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito me expida una certificación de la prestación requerida, adjunto al presente el comprobante N° **(Pago exonerado por Acuerdo de Junta Directiva de fecha 1 de abril de 2020)**.

Por lo tanto:

A usted, Señora Decana, ruego acceder a mi solicitud.

|  |
| --- |
|  |

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella digital Firma

|  |
| --- |
| La administración de la Caja de Previsión Social, cumple con informar que el  Señor Doctor  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Inscrito con Registro N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tiene una antigüedad para los efectos  del beneficio del Fondo Mutual de:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por haber abonado sus  cuotas desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Administrador(a) CPSA |

***CLAUSULAS INFORMATIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:***

*El Colegio de Abogados de Lima (CAL), de conformidad a lo previsto en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales", su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, sus normas modificatorias, complementarias y demás normas pertinentes, informa a usted que:*

1. *Sus datos personales se encuentran almacenados por tiempo indefinido en el Banco de Datos Personales, denominado “GREMIO ABOGADOS”, además de las otras Bases de Datos Complementarias de acuerdo a las prestaciones de servicios que usted como Agremiado requiera en su oportunidad*
2. *Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, y demás reconocidos en la Ley N° 29733, dirigiendo sus solicitudes ante LA OFICINA DE REGISTROS DEL CAL, sito en Av. Santa Cruz N° 255 Miraflores, o a la siguiente dirección de Correo Electrónico: mdoor@calperu.org.pe*
3. *El tratamiento de sus datos personales se efectuará solo para fines institucionales.*