



## SOLICITUD DE EXIMICIÓN DE APORTES

Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, conforme al Reglamento de Aportes Previsionales informo con carácter de Declaración Jurada:

### A. Datos del Solicitante

Apellido y Nombres (Completo):.....  
 D.N.I. N°:..... CUIL N°:.....  
 N° de Matrícula:..... e-mail:.....  
 Afiliado N° ..... a la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires, haciendo uso del derecho que surge de los artículos 8 y 9 del Reglamento de Aportes Previsionales (art. 39 a 51 de la Ley 13.917), declara bajo juramento:

### B. Desarrollo del Ejercicio Profesional

Nombre de la Institución o Establecimiento:.....

- a) Nacional
- b) Provincial
- c) Municipal

Cargo que desempeña:.....

Desde que fecha:..... Días Horario:.....

Domicilio laboral:..... Localidad:.....

Provincia: .....

Posee:

- Bloqueo de Título/Matrícula
- Dedicación Exclusiva

### C. Documentación que debe acompañar

1. Solicitud de exención de aportes
2. Certificado de trabajo conforme al Modelo que se encuentra en el reverso de esta solicitud.
3. Fotocopias de los últimos tres recibos de sueldos. Presentar con original para certificar copia.

La documentación presentada será analizada y evaluada por el Área Legal correspondiente. El afiliado será notificado ante cualquier faltante o inconsistencia en la misma.

Declaro con carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en este formulario son correctos, completos y veraces, y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno. Asimismo declaro que en caso de cesar en la actividad por la que se promueve las presentes actuaciones me comprometo a informar el cese a la Caja y realizar los aportes que correspondan de acuerdo a la Ley 13.917/2008. Reglamento Aportes Previsionales: Artículo 8 in fine: "...Estos afiliados no tendrán derecho a ninguna de las prestaciones y/o beneficios otorgados por la Caja y carecerán de los derechos políticos".

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Aclaración

FORM. 004



**Certificado Laboral**

CERTIFICO que el Sr. ....

D.N.I. N° ..... se desempeña como.....

Fecha de ingreso al establecimiento: .....

Altas y Bajas (fechas): .....

Fecha de Egreso:.....

Caja Previsional a la cual realiza aportes:.....

CUIL N°: .....

Asimismo se deja constancia que el cargo, tarea o función desempeñada es el de....., el cual requiere los conocimientos propios de la Kinesiología, conforme a lo normado por la Ley 10.392. Se extiende el presente certificado al sólo efecto de ser presentado ante las autoridades de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires.

Lugar y fecha:

**NOTA:** Con el objeto de facilitar el trámite de eximición de aportes, la presente solicitud deberá ser acompañada por el precedente certificado laboral, el que deberá ser suscripto por el Director del Establecimiento y/o Jefe de Personal o autoridad competente, con sello correspondiente del firmante y del Establecimiento. Dicha eximición libera a la Caja de la obligación de otorgar cualquiera de los beneficios que se derivan de la Ley.

Firma y sello  
del responsable del Establecimiento