

## **SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE APORTES**

Señor Presidente de la  
Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología  
de la Provincia de Buenos Aires:

Quien suscribe.....  
Nacido/da el..... (dd/mm/aa), D.N.I. N°.....  
Título expedido el..... (dd/mm/aa) Afiliado N°.....  
de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Kinesiología de la Provincia  
de Buenos Aires, manifiesta cumplimentar los requisitos exigidos por el artículo 15 del  
Reglamento de Aportes modificado por Resolución de Directorio 351-2020 de fecha  
28/08/20, solicitando por lo tanto la reducción del aporte mensual en un 50% durante el  
primer año y un 25% durante el segundo año.

En caso de optar por no continuar con esta modalidad, declaro conocer mi obligación de  
informarlo a La Caja en forma fehaciente.

---

Lugar y Fecha

---

Firma del afiliado

---

Aclaración

FORM. 003