

## DECLARACIÓN JURADA EXENCIÓN POR EMBARAZO

Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, conforme a la Resolución del Directorio Nro. 395/21 informo con carácter de Declaración Jurada:

| Datos de la Solicitante:     |            |                      |       |
|------------------------------|------------|----------------------|-------|
| Matrícula:                   |            | Delegación:          |       |
| Apellido y Nombres:          |            |                      |       |
| DNI N°:                      |            | CUIT/CUIL: - -       |       |
| Fecha de nacimiento:         |            | Lugar de nacimiento: |       |
| <u>Domicilio Constituido</u> |            |                      |       |
| Calle:                       | N°:        | Piso:                | Dpto: |
| Partido:                     | Localidad: | Pcia:                | CP:   |
| Teléfono: (    )             |            | Celular: (    )      |       |
| Email:                       |            |                      |       |

Afiliada a la Caja de Seguridad Social para Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires, haciendo uso del derecho que surge de la Resolución del Directorio Nro. 395/21 DECLARO BAJO JURAMENTO QUE NO ME ENCUENTRO TRABAJANDO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA.

ESTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DEBE SER CUMPLIMENTADO EN LETRA IMPRENTA SIN OMITIR, ENMENDAR NI FALSEAR NINGÚN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES A LAS PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTS. 172, 292, 293 Y 298 DEL CÓDIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PÚBLICO.

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.

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración