

SOLICITUD DE EXIMICIÓN DE APORTES

Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, conforme a la Resolución del Consejo Ejecutivo Nro. 152/17 informo con carácter de Declaración Jurada.

A. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y nombres (completos):	
DNI:	CUIT / CUIL: - - - - -
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 del Establecimiento:		<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Provincial	<input type="checkbox"/> Municipal			
Cargo que desempeña:		Fecha de ingreso: / /					
Jornada Laboral							
Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario	de ___ a ___ hs	de ___ a ___ hs	de ___ a ___ hs	de ___ a ___ hs	de ___ a ___ hs	de ___ a ___ hs	de ___ a ___ hs
Domicilio Laboral							
Calle:				Nº	Piso:	Deptº:	
Partido:		Localidad:		Provincia:			
Modalidad de trabajo							
	Bloqueo de Título/Matricula						
	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

Lugar y fecha: _____

FIRMA

Aclaración

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