Caja de Kinesiólogos
Provincia de Buenos Aires

SOLICITUD DE EXENCIÓN EN EL PAGO 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.

1. DATOS DEL SOLICITANTE				
Matrícula:		Delegación:		
Apellido y nombres				
DNI:		CUIT / CUIL: - -		
Fecha de nacimiento: / /		Lugar de nacimiento:		
Domicilio constituido				
Calle:		N°	Piso:	Depto:
Partido:	Localidad:	Provincia:		
CP:	Teléfono:	Celular:		
Email:				

Afiliado 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 Consejo Ejecutivo Nro. 152/17 declaro bajo juramento:

Que me encuentro al día con las obligaciones de La Caja de Seguridad Social para Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires (Ley 13.917) tanto en el caso de aportes mensuales y/o plan de pagos en caso en el que haya suscripto.

A. QUE MEDIANTE LA PRESENTE SOLICITO BENEFICIO DE EXENCIÓN EN EL PAGO DE APORTES POR:	
	Nacimiento
	Adopción plena, simple o de integración
	Fertilización asistida
	Embarazo
	Fallecimiento de hijo/a
	Fallecimiento de cónyuge

Caja de Kinesiólogos
Provincia de Buenos Aires

B. DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑO (*)	
	Fotocopia del Documento de Identidad
	Copia legalizada de certificado de nacimiento[1]
	Copia simple de resolución judicial en casos de adopción
	Certificado médico original en el que conste descripción de fechas y plazos para el tratamiento de fertilización asistida
	Copia legalizada de certificado de defunción[1]
	Copia legalizada de matrimonio (En caso de fallecimiento de cónyuge) [1]
	Declaración Jurada donde conste que la afiliada no se encuentra en relación de dependencia

(*) No se dará curso a aquellas peticiones presentadas sin la documentación establecida para el tipo de exención que se pretenda. A los efectos de legalizar la copia de nacimiento, defunción y matrimonio, recuerde lo siguiente:

- (1)Las legalizaciones se encuentran a cargo del Registro Provincial de las Personas (si el hecho/ acto que motiva la solicitud se produjo en el ámbito de la provincia de Buenos Aires), y del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas (si el hecho/acto se produjo en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Ante cualquier duda comunicarse a nuestros internos 5/7.
- 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.

Lugar y fecha: _____

_____ _____

FIRMA **Aclaración**