CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE – (Ley 12818)

Sede: 25 de Mayo 1867 – P.B. – S3000FTG - Santa Fe Tel./Fax (0342) 4593385 E-mail: artedecurar@ cpac.org.ar
Delegación: Jujuy 2150/54 – S2000AGT - Rosario Tel./Fax (0341) 4251158 E-mail: artedecurarros@cpac.org.ar

Ficha de Afiliación a Previsión

DATOS PERSONALES
Apellido y Nombres: ……
DNI:……CUIT/-CUIL: ……..-……..-…... Fecha de Nacimiento: ...../…../…..…
Sexo: F / M Estado Civil:…….. (S-C-D-V) Nacionalidad: ……
Apellido y Nombre del cónyuge: ……..
Apellido y Nombre de la madre: ….……..
Apellido y Nombre del padre: ……...

DATOS PROFESIONALES
En la Provincia de Santa Fe
Fecha Matriculación: ……../……./…… Matrícula Nº: ……..……..… Profesión:……..…….……..……
Circunscripción: …….. Colegio:……..……..…….
Título otorgado por: Facultad :……....Universidad: …….
Especialidad:……..
En otras provincias:
Fecha Mat…../……/…… Matrícula Nº: …….. Colegio:…….

DATOS DOMICILIO
Domicilio: …….
Piso: ……..Departamento…….. Monoblock:……. Escalera:…… Barrio o Manzana: ……..
Localidad: …… Postal: …….
Teléfonos: CELULAR (…….) -……. FIJO (…….) -…….
Correo Electrónico: ……@.....

Me notifico que, de conformidad con lo normado por el art. 11º de la Ley 12.818, es obligación del afiliado, comunicar en tiempo y forma fehaciente todo cambio de domicilio, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. La Caja remitirá sus comunicaciones a la dirección que en la presente se declara, siendo válidas las mismas, hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente que el mismo ha cambiado.

……	…….	……..
FIRMA	ACLARACION O SELLO	Firma y aclaración del funcionario certificante (Autoridad Judicial, Escribano Público o Empleado de la Caja)

OPCIÓN DE CATEGORIA DE APORTES
Conforme el Artículo 20º de La Ley 12.818 deseo aportar al **100%** ☐ **75%** ☐ **50%** ☐ de la escala de categorías de aportes, conforme arts. 19º, 20º y cc. de la Ley 12.818, con pleno conocimiento que en el futuro solo podré optar por aportar en un porcentaje mayor y que LA OPCIÓN que efectúo DETERMINARÁ, en función de mi trayectoria aportativa previsional, de mi edad, de mis años de ejercicio profesional, de mi antigüedad en la afiliación a esta Caja y las demás condiciones y requisitos que la Ley y su reglamentación exijan, el MONTO de mi futuro HABER PREVISIONAL.

……	…….	……..
FIRMA	ACLARACION O SELLO	Firma y aclaración del funcionario certificante (Autoridad Judicial, Escribano Público o Empleado de la Caja)