

**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 N°: Profesión:
Circunscripción: Colegio:
Título otorgado por: Facultad : Universidad:
Especialidad:
En otras provincias:
Fecha Mat. / / Matrícula N°: Colegio:

DATOS DOMICILIO

Domicilio:
Piso: Departamento Monoblock: Escalera: Barrio o Manzana:
Localidad: Postal:
Teléfonos: CELULAR (+549) -15 FIJO (.....) -
Correo Electrónico: @

Me notifico que, de conformidad con lo normado por el art. 11° 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 la misma ha cambiado.

.....
FIRMA

.....
ACLARACION O SELLO

.....
Firma y aclaración del funcionario certificador

(Autoridad Judicial, Escribano Público o
Empleado de la Caja)

OPCIÓN DE CATEGORIA DE APORTES – Sólo válido para monotributistas categorías A, B, C y D y Responsables Inscriptos según parámetros establecidos en la Resolución N°99.112.-

De acuerdo con lo establecido por Resolución de Directorio Nro. 99.112, y en virtud de encontrarme encuadrado dentro de los supuestos que la misma prevé, solicito realizar mis aportes al **50% - 100%** (tachar lo que no corresponda) de la categoría que por mi edad y antigüedad en la matrícula me corresponde; dejando constancia que he sido informado y me notifico por el presente que dicha opción se mantendrá por un período completo de un año calendario; y que la misma determinará en función de la trayectoria aportativa previsional, la edad, y los años de ejercicio profesional, el acceso al derecho y la determinación del haber de los beneficios que me pudieran corresponder. Asimismo, me notifico de que a dicha opción deberé realizarla anualmente en el mes que establezca el Directorio de la Caja, y conforme los requisitos y condiciones que se dispongan. Caso contrario, y vencido el plazo para realizar la opción, deberé aportar al 100% de la categoría que me corresponda.

.....
FIRMA

.....
ACLARACION O SELLO

.....
Firma y aclaración del funcionario certificador

(Autoridad Judicial, Escribano Público o
Empleado de la Caja)