

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE
DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

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

SOLICITUD DE DESAFILIACION A LA OSPAC

Afiliado N°:/00. Apellido y nombre:

Profesión: DNI N°: Teléfono celular: (+549.....)15.....

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Solicito la desafiliación de la OSPAC en los términos del artículo 104° de la Ley N° 12.818 (modif. por Ley N° 13.471) a partir del día 1° del mes siguiente al de la recepción del presente. Declaro ser afiliado/a obligatorio/a de la siguiente Obra Social:

Acompaño el último recibo de sueldo o recibo de haberes (jubilación/pensión) donde consta el descuento del aporte a la referida Obra Social.

Declaro tener conocimiento del artículo 104° de la Ley N° 12.818 (modif. por ley N° 13.471) y las consecuencias de la desafiliación solicitada, manifestando mi plena conformidad con el pago de la cuota mensual solidaria allí prevista, equivalente al 25% la cuota vigente del Plan A de OSPAC o similar.

Firma del solicitante Aclaración o sello:.....

IMPORTANTE

Presto mi conformidad para que se me notifique la resolución que se dicte al siguiente e-mail:
.....@.....

Me notifico de 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 postal o electrónico, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. Las notificaciones serán válidas en los domicilios denunciados hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente el cambio.

Certifico que las firmas que anteceden fueron puestas
en mi presencia por el solicitante

.....
Firma del solicitante

.....
Firma y aclaración del funcionario certificante
(Autoridad Judicial, Escribano Público o personal de la
CPAC)

.....
Aclaración o sello