



SOLICITUD DE CANCELACION DE AFILIACION A LA CAJA

Fecha: / /

Quien suscribe Afiliado N°
D.N.I. N° de profesión con domicilio declarado en
calle N° , de la ciudad de , teléfono N°
, solicita por la presente la **Cancelación de Afiliación a la Caja de
Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe, en
mérito al no ejercicio profesional en forma autónoma, y por el/los siguientes períodos:**

	Renovación
Desde: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> hasta el <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> hasta el <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> hasta el <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> hasta el <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> inclusive.	<input type="checkbox"/>
Desde: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> hasta el <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> inclusive.	<input type="checkbox"/>

(si solicita más períodos continuar en otro formulario indicando que es continuidad de éste)

Asimismo solicito continuar afiliado cancelar afiliación a OSPAC.

Observaciones:

Autorizo a que la Resolución de esta Cancelación como cualquier otra notificación que sea requerida en relación al presente trámite me sea enviada por correo electrónico a mi casilla de correo:

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 el mismo ha cambiado.

FIRMA Y ACLARACIÓN

CERTIFICACIÓN FIRMA



Acredita los hechos denunciados con la siguiente documental:

- a) Copia DNI
- b) Certificado actualizado (30 días) del Colegio Profesional respectivo
- c) Constancia C.U.I.L.
- d) Constancia de Inscripción A.F.I.P.
- e) Sistema Registral: Datos Contribuyente Informe Autónomo
 Impuestos Históricos Actividades Históricas
 Categorías Históricas Monotributista
- f) Copia Facturación
- g) CAI

(Importante: verificar que las impresiones salgan completas y legibles)

Otros:

Declaro BAJO JURAMENTO que los datos considerados precedentemente son ciertos, y la documental acompañada corresponde a la original que le fuera otorgada.

Igualmente declaro BAJO JURAMENTO conocer, todas y cada una de sus partes, la resolución N° 37.435 (modificatoria Resol 30.138) emanada del Directorio de la Caja, en fecha 20 de Abril de 1996, la cual se encuentra publicada en www.cpac.org.ar

ARTÍCULO 8° Ley 12.818.- El tiempo de duración de la cancelación en la matrícula o en la afiliación, conforme lo establecido en los artículos 4° y 5° inc. a) respectivamente, no puede computarse para ningún beneficio contemplado en la presente ley. Tampoco origina derecho alguno a tales beneficios cualquier hecho acaecido o que tenga su origen durante el lapso de su duración.

Me notifico de lo dispuesto en el **Artículo 5°**, última parte de la Ley 12.818, que establece: “(...) **La decisión de aceptar la cancelación de afiliación no causa estado y puede ser revocada por el Directorio si considera que han desaparecido las circunstancias que la motivaron, previo traslado al causante**”.

El Art.8° Resolución N° 37435 dice: “**A los profesionales a los cuales el Directorio hubiere hecho lugar a su solicitud de cancelación de su afiliación a la Caja, están obligados a justificar en forma anual, dentro del plazo perentorio de noventa días corridos anteriores a cumplirse el año aniversario de la fecha de la Resolución de Directorio sobre la cancelación de su afiliación a la Caja, que continúan en la misma situación, vencido dicho plazo sin que aportare las pruebas correspondientes, el Directorio procederá, si así lo considerase en virtud de las constancias pertinentes, a afiliar automáticamente al profesional a la Caja desde la fecha de inicio de dicha cancelación para el año que corresponda**”.

Por último y conforme a lo dispuesto en el **Art.8° de la Resolución 37.435** me comprometo, anualmente, a proceder de acuerdo a lo normado en el citado artículo, caso contrario el Directorio procederá conforme a las facultades que le confiere la Ley 12.818.

FIRMA Y ACLARACIÓN

CERTIFICACIÓN DE FIRMA