

DECLARACIÓN JURADA SUSPENSIÓN APOORTE REDUCIDO-CAMBIO DE CONDICIÓN

EL QUE SUSCRIBE: _____ LEGAJO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD ACTUAL: _____

CON DOMICILIO REAL: _____

MANIFIESTA, EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SU DECISIÓN DE DAR DE BAJA EL ACOGIMIENTO AL SISTEMA DE APOORTE REDUCIDO ESTABLECIDO POR EL ESTATUTO DEL COMBE, EFECTUADO OPORTUNAMENTE, REALIZANDO A PARTIR DEL CORRIENTE MES DEL APOORTE PREVISIONAL BÁSICO.

LA OPCIÓN SE SUSTENTA EN EL SIGUIENTE MOTIVO:

SE ADJUNTA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL AFILIADO	SELLO DEL AFILIADO

**CERTIFICACIÓN DE FIRMAS Y DATOS POR PARTE DE FUNCIONARIO DEL COMBE, ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ.
CERTIFICO QUE LA FIRMA COLOCADA EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA ES AUTÉNTICA Y HA SIDO PUESTA EN MI PRESENCIA.**

SELLO

FECHA: ____/____/____

FIRMA Y SELLO DEL CERTIFICANTE