

## FICHA DE AFILIACIÓN A PREVISIÓN

### DATOS PERSONALES

Apellido y nombres:

D.N.I.:  C.U.I.T. / C.U.I.L.:  Fec. De Nac. :  /  /

Sexo:  M  F Esado 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 Mat.:  /  /  Matrícula N°:  Profesión:

Circunscripción:  Colegio:

Título otorgado por Facultad:  Universidad:

Especialidad:

### (en otras provincias)

Fecha Mat.:  /  /  Matrícula N°:  Colegio:

### DATOS DOMICILIO

Domicilio:

Piso:  Depto.:  Monoblock:  Escalera:  Barrio/Manzana:

Localidad:  C.P.:

Celular:  -  Teléfono:  -

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

-----  
ACLARACIÓN O SELLO

-----  
Firma y aclaración del funcionario certificante  
(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

-----  
ACLARACIÓN O SELLO

-----  
Firma y aclaración del funcionario certificante  
(Autoridad Judicial, Escribano Público o  
Empleado de la Caja