

.....,de 20.....

El que suscribe Dr. /ra
matrícula provincial n°, CUIT.
con domicilio en.....

N° de la Localidad.....

Tel. Celular

Correo electrónico.....

solicita el cese de adhesión al régimen de APORTACIÓN REDUCIDA
oportunamente otorgado por: (*señale el supuesto correspondiente*)

A) Haber cesado la causal que motivara el otorgamiento al mismo; es decir mi desempeño en:

.....
A tal efecto, acompaño la correspondiente certificación laboral que acredite tal extremo.

B) Haber dejado de ejercer en forma exclusiva en el lugar que motivara mi adhesión al régimen de APORTACIÓN REDUCIDA.

A tal efecto **EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**, informo que mi desempeño profesional en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires se efectúa en los siguientes lugares:

1- Consultorio privado:

Desde:
Domicilio:
Localidad :
Días y horario de atención :

2- Ejercicio a Nivel Oficial

Desde:
Nombre del establecimiento:
Domicilio :
Localidad:
Cargo que desempeña:
Días y horario de atención:

3- Ejercicio a Nivel Oficial

Desde:
Nombre del establecimiento:
Domicilio :
Localidad:
Cargo que desempeña:
Días y horario de atención

4- Ejercicio Privado (en Clínicas, Sanatorios, otros Establecimientos, etc).

Desde:

Nombre de la Institución:

Domicilio :

Localidad:

Cargo que desempeña:

Días y horario de atención:

Por lo expuesto solicito comenzar aportar a escala plena a partir de :

Mes:

Año:

.....
Firma

.....
Apellido y nombre