

....., .....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