Opción de Nivel 1

FORMULARIO

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL

para los Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires • LEY 12.163

N1

Al Directorio de LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

S/D

DE MI MAYOR CONSIDERACIÓN:

El/ la que suscribe

Documento Nro. (DNI /LC /LE /CI)

Afiliado Nro. C-0 de LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PSICÓLOGOS DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES; Declara que trabaja en relación de dependencia* en

con caracter de INTERINO ☐ SUPLENTE ☐ TITULAR ☐ EFECTIVO ☐ . Desde el / / a la fecha, y en consecuencia solicita aportar al NIVEL 1 de acuerdo al Art. 41 de la LEY 12.163 en el año

Se compromete a su vez, a aportar la documentación que respalde esta DECLARACIÓN, de ser requerida por LA CAJA.

Atentamente.

Todos los datos consignados en este documento revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

LUGAR Y FECHA FIRMA AFILIADO ACLARACIÓN

(*)en ejercicio de la Profesión de Psicologo, segun art. 42 de la Ley 12.163.-