SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

**VÍA 1 EMPRESA**

FECHA:   /  /

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS DEL DECLARANTE | |
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: |
| PRIMER NOMBRE: | | SEGUNDO NOMBRE: |
| C.I.:      - | | FECHA DE NACIMIENTO:   /  / |
| DOMICILIO: | | LOCALIDAD/DEPARTAMENTO:      / |
| TELÉFONO/CELULAR:: | | CORREO ELECTRÓNICO: |
| FECHA DE INGRESO:   /  / | FECHA DE BAJA:   /  / | CAUSAL: |

|  |  |
| --- | --- |
| CARGO EN LA INSTITUCIÓN | |
| DOCENTE | NO DOCENTE | BECARIO O PASANTE | CONTRATO |
| Para la determinación de los descuentos correspondientes al financiamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de la afiliación al mismo de su núcleo familiar, el firmante DECLARA ANTE SU EMPLEADOR que al día de la fecha: | | | |
| NO TIENE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS A CARGO O MAYORES CON DISCAPACIDAD.  TIENE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS A CARGO O MAYORES CON DISCAPACIDAD.  NO TIENE A SU CARGO CÓNYUGE O CONCUBINO.  TIENE A SU CARGO CÓNYUGE O CONCUBINO SIN AMPARO AL SISTEMA DE ACUERDO AL DEC. 318/2010. | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL CÓNYUGE | O CONCUBINO/A | | (Completar solo en caso de dar cobertura) | |
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: | | |
| PRIMER NOMBRE: | | SEGUNDO NOMBRE: | | |
| C.I.:      - | | FECHA DE NACIMIENTO:   /  / | | |
| TIENE USTED COBERTURA FONASA POR OTRO EMPLEADOR: SÍ NO | | | | FIRMA DEL TRABAJADOR |

**Este formulario deberá ser completado en su totalidad y enviado el mismo día que el trabajador asuma el cargo al Fax: 2411 1390 (Sector GAFI) o por mail a:** [**gafi.cetp@gmail.com**](mailto:gafi.cetp@gmail.com)**.**

**La presente Declaración está sujeta a las disposiciones del Art. 63 del Código Tributario, ley 14.306, modificativas y concordantes.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR**  **VÍA 2 TRABAJADOR** FECHA:  /  / | | |
| DATOS DEL DECLARANTE | |
| PRIMER APELLIDO: | | SEGUNDO APELLIDO: |
| PRIMER NOMBRE: | | SEGUNDO NOMBRE: |
| C.I.:      - | | FECHA DE NACIMIENTO:   /  / |
| FECHA DE INGRESO:   /  / | FECHA DE BAJA:   /  / | CAUSAL: |

|  |  |
| --- | --- |
| CARGO EN LA INSTITUCIÓN | |
| DOCENTE | NO DOCENTE | BECARIO O PASANTE | CONTRATO |

**Recibimos del día dela fecha el formulario SNIS en el que el trabajador declara tener Seguro de Salud.**

FIRMA DE LA EMPRESA