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****.**

**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