SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

|  |  |
| --- | --- |
|  | FECHA:   /  /     |
|  | **VÍA 1 EMPRESA** |

|  |
| --- |
| DATOS DEL DECLARANTE |
| C.I.:       |
| PRIMER APELLIDO:       | SEGUNDO APELLIDO:       |
| PRIMER NOMBRE:       | SEGUNDO NOMBRE:       |
| FECHA DE NACIMIENTO:   /  /     | TELÉFONO/CELULAR:       |
| DOMICILIO:       | LOCALIDAD:       |
| DEPARTAMENTO:       | 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) |
| C.I.:       | FECHA DE NACIMIENTO:   /  /     |
| PRIMER APELLIDO:       | SEGUNDO APELLIDO:       |
| PRIMER NOMBRE:       | SEGUNDO NOMBRE:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 Nº 14.306, modificativas y concordantes. |

SNIS – DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

|  |  |
| --- | --- |
|  | **VÍA 2 TRABAJADOR** |

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

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

|  |
| --- |
| Recibimos el día de la fecha el formulario SNIS en la que el trabajador declara tener Seguro de Salud       |

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA:   /  /     |  |
|  | FIRMA DE LA EMPRESA |