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](mailto: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 |