



MINISTERIO DE GOBIERNO, TRABAJO Y JUSTICIA
Subsecretaría de Gestión Pública y Modernización del Estado

SUSPENSIÓN DE LA CONTINUIDAD

MENDOZA,

SR.GERENTE:

ME DIRIJO A USTED A LOS EFECTOS DE SOLICITARLE, SE SUSPENDA LOS EFECTOS DE LA AFILIACIÓN A LA CONTINUIDAD, DEBIDO A MI CARÁCTER DE CONVOCADO EL CUAL MANIFIESTO AL PIE

- COMPLETAR Y MARCAR CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA-

APELLIDO Y NOMBRE:			
NACIONALIDAD:		FECHA NACIMIENTO:	
LUGAR:		PROVINCIA:	
TIPO - Nº DOCUMENTO (3)		Nº CUIL:	
ESTADO CIVIL (1):			
FECHA DE BAJA:		Nº NORMA LEGAL:	
REPARTICIÓN			
FECHA DE ALTA		Nº NORMA LEGAL	

ADVERTENCIA

LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER CONFORMADA POR LA OFICINA DE RR.HH. Y REMITIDA A ESTA CAJA DE SEGURO MUTUAL.

EN CASO DE NO REGISTRAR LOS APORTES CORRESPONDIENTES, A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO, YA SEA DEL TITULAR, LOS ESPOSOS O DEL/OS HIJO/S SE PROCEDERÁ AL RESPECTIVO DESCUENTO, DE HASTA UN MÁXIMO DE DIEZ (10) AÑOS ANTERIORES AL DECESO, DEL MONTO DEL SEGURO.

ME COMPROMETO A COMUNICAR A ESTA CAJA DE SEGURO MUTUAL CUALQUIER CAMBIO QUE OCURRA EN MI SITUACIÓN LABORAL.

FIRMA DEL EMPLEADO

CERTIFICACIÓN DE FIRMA