

SOLICITUD DE EXONERACION COMPLEMENTO F.S.N.S.

Montevideo, de

Sr. Gerente General

Cr. Héctor Bastón:

Quien/es suscribe/n , escribano/s, afiliado/s a la Caja Notarial de Seguridad Social con el/los número/s . , solicito/amos la **exoneración** del pago del complemento del aporte al Fondo Sistema Notarial de Salud **correspondiente al ejercicio 2010**, de mi/nuestro empleado.....de acuerdo a lo establecido en el del artículo 36 de la ley N° 17.437 de 20 de diciembre de 2001 y al inciso segundo del referido artículo, agregado por el artículo 11 de la ley 18.239 de 27 de diciembre de 2007.

Estoy/amos en conocimiento de la resolución del Directorio Honorario de fecha 8 de diciembre de 2009 (acta número 2823, asunto 1192).

En virtud de ello,(nombre del empleado) declaro:

a) que cuento con cobertura de salud obligatoria ena través de.....**adjuntando el comprobante correspondiente.**

b) estar en conocimiento de que tal opción implica el cese de la cobertura de salud por parte de la Caja Notarial, con cargo al Fondo Sistema Notarial de Salud;(asistencia integral de salud, consulta de urgencia ni emergencia cualquiera sea el lugar de radicación,

emergencia médica móvil, reembolso de cristales, audífonos ni lentillas intraoculares)

c) conocer que, en caso de desear ampararme nuevamente a dicha cobertura o de corresponder la misma por la razón que fuere, pueden regir carencias reglamentarias o establecidas por la entidad prestadora de servicios de salud o resultantes del examen médico previo al ingreso o reingreso;

d) asumir tales eventualidades bajo mis exclusivos cuenta y riesgo, relevando al Instituto de toda responsabilidad al respecto;

e) obligarme a comunicar al Instituto, en forma inmediata, el cese de la cobertura obligatoria que dio lugar a la exoneración.

La exoneración tendrá vigencia, a partir del primer día del mes civil siguiente a aquél en que haya quedado firme la resolución que la reconoce.

Firma patrono

Firma empleado

Firma patrono

Firma patrono