CAJA NOTARIAL

ALTA DE EMPLEADO O CÓNYUGE O CONCUBINO-COLABORADOR AF60

Fecha: ____ / ____ / _____

PATRONOS

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

EMPLEADO

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

DOMICILIO DE RELACIÓN LABORAL

Departamento _____ Localidad _____

Calle _____ Número _____

Apto. _____ Otros _____

Código postal _____ Correo electrónico _____

Teléfono fijo _____ Teléfono Celular _____

DOMICILIO DE ESCRIBANÍA

Alta como Empleado ☐ Cónyuge/concubino colaborador ☐

Fecha de inicio de actividad _____

Lista de tareas que realiza _____

_____

_____

_____

Días de trabajo _____

Horario _____

En caso de no existir horario fijo: Horas semanales _____

Debe completar solo una opción (horario u horas semanales)

Sueldo nominal real mensual _____

(Dato obligatorio para empleados)

Plazo para denuncia de servicios: 30 días siguientes al comienzo de la Relación Laboral (Art. 44 de la Ley 17437)*.

Declaración: los que suscriben declaran conocer que el cese de funciones y las modificaciones de la relación laboral deberán comunicarse dentro de los 30 días corridos de verificados los mismos (Art. 13 y 14 de la reglamentación del Directorio del decreto del Poder Ejecutivo 95/78, Acta 1086, con la redacción dada por el Asunto 1696 del Acta 2404 del 26 de diciembre del 2000).

La no comunicación en plazo tanto de la denuncia como de los hechos referidos, dará lugar a la aplicación de la multa prevista por el artículo 95 del Código Tributario.

En caso que el incumplimiento de plazo refiera a la comunicación de cese se deberán abonar a la Caja Notarial los gastos originados por Salud, desde el cese hasta la comunicación del mismo.

*Aquellos beneficios para los cuales existe un periodo de carencia para acceder a ellos, este plazo regirá desde la fecha de la denuncia.

FIRMA Y RECEPCIÓN

Firma del afiliado / solicitante

_____

Funcionario receptor

_____

Fecha recibido

_____