

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL AFILIADO

Nombre _____

N.º de afiliado _____ Documento _____

ACTIVIDAD

Fecha de inicio de la interrupción o ejercicio/ a interrumpir _____

Motivo de la interrupción _____

Actividad Notarial sin presentar a control del Instituto _____

Si existe actividad notarial sin presentar, se compromete a presentarla a control del Instituto dentro del plazo de 10 días.

Empleados a cargo SI ☐ NO ☐

Opta por mantener los servicios del Hospital Británico (SNS) SI ☐ NO ☐

SI: Deberá suscribir la documentación correspondiente a tales efectos.

NO: En caso de reincorporarse a la actividad y optar por el ingreso al Hospital Británico (SNS) es obligatorio un examen por parte de éste a fin de determinar si será o no admitido nuevamente y en caso afirmativo, el tipo de cobertura a que podrá acceder.

Se está en conocimiento que:

- Si el motivo de la interrupción es la "Inactividad" se está en conocimiento de las resoluciones del directorio de fechas 11 de julio del 2000 (Acta 2379 Asunto 692) y 17 de octubre de 2000 (Acta 2393 Asunto 1290).
- Mientras no se comunique a la Caja Notarial el reintegro a la actividad seguirá ante ese instituto en las mismas condiciones que el período comprendido por esta declaración manteniendo únicamente los beneficios de: Biblioteca y Panteón.
- La expedición de documentación que debiere efectuar en cumplimiento de normas legales o reglamentarias no necesariamente implica el cómputo de determinado lapso de ejercicio profesional por parte de la Caja, dado que conforme a lo previsto por la resolución de directorio de fecha 11 de julio del 2000 (Acta 2379 Asunto 692) y sus modificativas el Instituto apreciará a dichos efectos la actividad desarrollada en su conjunto.
- No le resulta aplicable a la exoneración establecida en el artículo 28 del Arancel Oficial de la Asociación de Escribanos del Uruguay.
- No tiene derecho a cobertura en el exterior ni a subsidio por enfermedad o maternidad, ni a otras prestaciones que correspondieren a afiliados en actividad.

FIRMA Y RECEPCIÓN

Firma del afiliado / solicitante

Funcionario receptor

Fecha recibido
