



CESE DE RELACIÓN LABORAL

Fecha: _____

Patrono/s:

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro. Afiliado: _____

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro. Afiliado: _____

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro. Afiliado: _____

Empleado:

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro. Afiliado: _____

Fecha de cese: _____

La no comunicación en plazo del cese, dará lugar a la aplicación de la multa prevista por el artículo 95 del Código Tributario, más el pago de los gastos originados por Salud, desde el cese hasta la comunicación del mismo.

En caso de querer mantener la actual cobertura en el Hospital Británico (SNS) a través del pago de la cuota correspondiente, deberá suscribir la documentación necesaria dentro de los 10 días a contar de la comunicación del cese, **vencido el plazo se le dará de baja a dicha cobertura.**

Causal de cese: _____

Con este cese revoco/revocamos todos los poderes concedidos al empleado cesante: [SI] [NO]



Firma del empleador/es: _____

Firma del empleado: _____

Funcionario receptor: _____

Fecha recibido: _____