



MODIFICACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL

Fecha: _____

Empleado:

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

Patrono/s:

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

Domicilio de la relación laboral:

Departamento: _____ Localidad: _____

Calle: _____ Número _____

Apto _____ Otros _____

Código Postal: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de inicio de la actividad: _____

Categoría Actual: _____



Modificaciones:

-Nuevas Tareas: _____

-Nuevo Horario o días de trabajo:

Días de Trabajo: _____

Horario: _____

En caso de no existir horario fijo, horas semanales: _____

Debe completarse solo una opción (horario o horas semanales)

-Nuevo sueldo nominal real mensual: _____

-Fecha de vigencia de la modificación: _____

-Nueva integración de parte patronal:

Patrono/s:

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

Nombres y Apellidos: _____

CI: _____ Nro Afiliado: _____

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.



Firma del empleador/es _____

Firma del empleado _____

Funcionario receptor: _____

Fecha recibido: _____