



## CAJA NOTARIAL

### Sistema Notarial de Salud

#### 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  
primer semestre del ejercicio 2011**, de mi/nuestro  
empleado.....de acuerdo a lo establecido  
en el del artículo 36 de la ley Nº 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 21 de diciembre de 2010 (acta número 2873, asunto  
1261).

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

a) que cuento con cobertura de salud obligatoria en .....a  
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)



## CAJA NOTARIAL

### Sistema Notarial de Salud

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**

**Policlínica del Sistema Notarial de Salud**  
Dir.: Av. Italia 2364, piso 1  
Tel.: 2481.1020

**Hospital Británico**  
Dir.: Av. Italia 2420  
Tel.: 2487.1020  
<http://www.hospitalbritanico.com.uy>