



SELLO FECHADOR DE RECEPCION

C.U.I.T.:

Apellido y nombre o denominación:

Dependencia (1):

uso AFIP

Código de ART:

Denominación ART:

Fecha Inicio Contrato: ____ / ____ / ____.

DETALLE DEL PERSONAL EN RELACION DE DEPENDENCIA
(Alta – Baja– Anulación – Modificación)

Operación (3)	C.U.I.L.	Apellidos y Nombres	Cód. Obra Social/ Denominación	Cód. Mod. Contrato	Trabajador Agropecuario	Fecha Inicio Relación Laboral	Fecha Baja Relación Laboral	Situación de Baja	Cód. Telefónico	Fecha Llamado
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					
					☐					

Dirección de E – Mail: _____

Teléfono: _____

Lugar y Fecha

Firma del contribuyente o responsable

El que suscribe, Donen su carácter de (2), afirma que los datos consigna-dos en este formulario, son correctos y completos, y que ha confeccionado esta Declaración Jurada sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

(1) Se indicará Agencia N° o denominación de la dependencia ante la que se encuentre inscripto el contribuyente.

(2) Titular, presidente, socio, representante legal o apoderado, u otro responsable

(3) A: Alta; B: Baja; M: Modificación; AA: Anulación de Alta; AB: Anulación de Baja