INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
PARA PROFESIONALES
DE SANTIAGO DEL ESTERO

FORMULARIO
SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

EXCEPCIÓN

	Fecha de solicitud:
Nombre y Apellido:	
N° DNI:	
Profesión:	
Fechas de matriculación:	

Razones por las cuales solicita la excepción a aportar al Sistema de Seguridad Social para Profesionales de Santiago del Estero

Cancelación		**Suspensión Matrícula Profesional**	
Ejercicio de la profesión en relación de dependencia de manera exclusiva			

. . .

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (Marcar con una X)

Certificado de trabajo	
Recibo de haberes	
Constancia de solicitud de cancelación en Impuestos y/o Regímenes AFIP	
Constancia de Opción/Inscripción ante AFIP	
Formulario de Empadronamiento F.04.001 Dirección General de Rentas	
Constancia de Inscripción ante Dirección General de Rentas	
Constancia de Certificación de Trabajos profesionales emitida por el Consejo Profesional	
Constancia de presentación de facturación a obras sociales	
Constancia de presentación de demandas judiciales y escritos judiciales emitida por el Poder Judicial de Santiago del Estero.	
Constancia de socio activo en Circulo Odontológico Santiagueño / Colegio Médico de Santiago del Estero/Colegio de Bioquímicos de Santiago del Estero	
Otros:	

.....
Firma del Solicitante