



CAJA de SEGURIDAD SOCIAL para ODONTÓLOGOS de la PROVINCIA de BUENOS AIRES

Recuerde que la presentación debe hacerse **ANUALMENTE** antes del 31/03
y es **OBLIGATORIA** para recibir el beneficio de exención de **COMEI**

(**DE NO RENOVARLO, SE LE HARÁ EL CARGO CORRESPONDIENTE A COMEI**)

SOLICITUD de EXIMICION de PAGO APOORTE al SISTEMA MEDICO ASISTENCIAL

..... de..... de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dr:

De mi mayor consideración:

Cumplo en dirigirme a Usted, a los efectos de manifestarle mi expresa voluntad de ejercer el derecho de opción previsto en al última parte del Artículo 45 de la Ley 8119 y sus modificatorias, en razón de encontrarme afiliado a la Obra Social
Obligatoriamente por trabajar en relación de dependencia en

Por lo expuesto, solicito se me exima de abonar el aporte establecido por el Artículo 34 inciso c) de la citada ley, destinado expresamente al Sistema Médico Asistencial que brinda la Caja, a través de la Fundación Co.Me.I.

Que a los fines de acreditar lo expuesto y dar curso a la presente, adjunto la siguiente documentación:

- a) Certificado Original expedido por mi empleador.
- b) Original último recibo de Sueldo.
- c) Carnet de Co.Me.I.

Por último, expreso con carácter de Declaración Jurada, que acepto y me consta expresamente, que la eximición del aporte en virtud de la opción que ejerzo a través de la presente solicitud, tiene una validez de un (1) año, por lo que para el supuesto que vencido dicho plazo continúe trabajando en relación de dependencia, deberé manifestar nuevamente mi voluntad de ejercer el derecho de opción en legal tiempo y forma, a los efectos de eximirme de pagar el respectivo aporte, adjuntando los recaudos necesarios a tales fines, arriba enumerados.

Todo conforme resulta de lo normado en el Reglamento respectivo.

Firma del Afiliado

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN
FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO	
OF. R	CÓDIGO	T.F.
0	2	C P D

Sello entrada DELEGACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO DEL ODONTÓLOGO:

Nº DE AFILIADO: