



DECLARACIÓN JURADA ANUAL (Año en curso)

Afiliado N°: _____

Año de la DDJJ (año en que cancela la matrícula): _____

I) EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO (Ejercicio en consultorio o actividad propia)		
DOMICILIO	LOCALIDAD	TELEFONO
INGRESO TOTAL ANUAL:		\$

IMPORTANTE: En "Ejercicio Profesional Privado" debe agregar la facturación ante Obras Sociales por convenio directo, círculos o asociaciones profesionales, y los ingresos percibidos directamente de sus pacientes. No se debe incluir trabajos en relación de dependencia o empleo público (en hospitales, ministerios, etc.). No debe detallar la facturación, sino declarar el monto total facturado, y el domicilio donde ha percibido esos montos.

II) OTRAS FORMAS DE EJERCICIO PROFESIONAL (Relación de dependencia – Empleo Público)			
1)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$
2)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$
3)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$
4)	Nombre de la Institución:		Domicilio:
	Localidad:	Código Postal:	Partido:
	Fecha de Ingreso:	Vínculo Laboral:	INGRESO ANUAL: \$

IMPORTANTE: En "Otras Formas de Ejercicio Profesional" debe declarar los ingresos que obtuvo ejerciendo su profesión en relación de dependencia o contratación laboral temporal o a plazo fijo, incluido el Empleo Público (en Hospitales, Ministerios, etc.). Se deben incluir Obras Sociales ante las que tiene un vínculo laboral (no incluye tareas realizadas en su consultorio en forma externa).

Constitución como Depositario de la Documentación presentada:

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente. Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del presente ante la Caja por vía digital. Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja. La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

Declaro bajo juramento que no existen omisiones o falseamientos de datos, constituyendo lo manifestado la fiel expresión de la verdad.

Fecha: ___/___/___

Firma y Aclaración del Solicitante