

**DECLARACIÓN JURADA Y SOLICITUD DE BENEFICIO DE EXIMICIÓN DE APORTES Y MATRÍCULA CMPC.**

Señor Fiduciario de FISAP.

Dr. Héctor R. Oviedo

Quien suscribe, Dr. \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_, MP N° \_\_\_\_\_, fijando domicilio especial a los efectos del presente en calle  
\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_ y fijando domicilio  
electrónico en \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, tiene el agrado de dirigirse a Ud. en  
relación al beneficio otorgado por ese FISAP para la eximición de los aportes mensuales como  
adherente a ese FISAP y la cobertura de la matrícula al Consejo Médico de la Provincia de  
Córdoba, según la reglamentación vigente que declaro conocer y aceptar sin reserva alguna.

Conforme la reglamentación vigente y a los fines de resultar beneficiario  
del mismo, DECLARO bajo juramento de ley encontrarme comprendido dentro de los requisitos  
establecidos.

De igual modo DECLARO bajo juramento legal que mi situación fiscal ante  
AFIP es la de MONOTRIBUTISTA CATEGORÍA \_\_\_\_\_, con vigencia hasta el día \_\_\_\_\_ y que  
no percibo otros ingresos económicos por el ejercicio profesional de la medicina. Acredito lo  
manifestado con escaneado auténtico de los dos (2) últimos recibos emitidos conformes la  
legislación impositiva vigente y certificación negativa de ANSES.

Asimismo solicito que la eximición de los aportes como adherente al  
FISAP y la cobertura de la matrícula al Consejo de Médicos se haga efectivo por el plazo  
establecido en la reglamentación vigente, esto es por tres (3) meses, correspondiendo a los  
meses de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ de 2020.

Hago saber al Sr. Fiduciario que cuento con Matrícula habilitante vigente y  
activa, con una antigüedad de adhesión al FISAP de \_\_\_\_\_ meses/años y no registro deuda  
alguna a FISAP ni al CMPC.

Firma: -----

Aclaración:-----

DNI:-----

MP:-----