

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

Señor Fiduciario de FISAP.

Dr. Andrés de León

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:-----