

SR./A  
PRESIDENTE DEL Co.P.E.R.  
SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

El que suscribe .....

D.N.I....., CUIL....., domiciliado/a en

..... de la ciudad de: .....

Tel:(.....) .....se dirige al SR./A Presidente, a fin de solicitarle el

**BLOQUEO DE LA MATRICULA N° \_\_\_\_\_**, conforme el **Régimen de Auto Bloqueo de Matrícula Profesional para el Ejercicio Liberal Autónomo**, según lo previsto en la Resolución N° 369 del C.D. del Co.P.E.R:

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

- Trabajo exclusivamente en relación de dependencia.
- No me encuentro inscripto/a en los organismos recaudadores Nacionales/Provinciales (AFIP-ATER).
- Conozco el deber de informar dentro de las 48 horas la modificación de mi situación laboral, por extinción o cualquier cambio que se produzca en el mismo, y que en caso contrario será pasible de las sanciones que disponga el Consejo Directivo o Tribunal de Disciplina por violación de las normativas de la Institución.
- Conozco la normativa y reglamentación interna de la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE MEDICOS Y BIOQUIMICOS, para el caso de brindar información FALSA y/o TARDIA.

Acompaño último recibo de haberes y certificado extendido por mi empleador donde consta fecha de ingreso, categoría y función que desempeño. -

Con tal motivo, me es grato saludarle Atte.

Firma: .....

Aclaración: .....

Nº de Mat. Prov.: .....