



Form.
PS.6.293

Servicio Doméstico - Certificación del Dador de Trabajo

Frete

| | | |
|-------|--|--|
| Fecha | | |
|-------|--|--|

Manifiesto, bajo juramento y en conocimiento de las penas impuestas por el art. 239 del Código Penal que reprime con prisión o reclusión de 1 (uno) a 6 (seis) años el delito de insertar o hacer insertar declaraciones falsas, que la persona y por los períodos que a continuación se detallan, se desempeñó en carácter de Servicio Doméstico bajo mis órdenes

Datos del Trabajador

| | | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Apellido y Nombre | | | | | | CUIT / CUIL | | | | |
| Domicilio Actual-Calle ó Paraje Rural : | | | | | | Número | Piso | C. Postal | Teléfono | |
| Tareas Desempeñadas | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Períodos de Desempeño | | | | | | | | | | |
| 1) | Desde | Hasta | Modalidad de Pago | | | | Horas por Día | Cant. Veces por Semana | Remuneración | |
| | | | <input type="checkbox"/> Por Hora | <input type="checkbox"/> Por Sem. | <input type="checkbox"/> Por Quin. | <input type="checkbox"/> Por Mes | | | | |
| 2) | Desde | Hasta | Modalidad de Pago | | | | Horas por Día | Cant. Veces por Semana | Remuneración | |
| | | | <input type="checkbox"/> Por Hora | <input type="checkbox"/> Por Sem. | <input type="checkbox"/> Por Quin. | <input type="checkbox"/> Por Mes | | | | |
| 3) | Desde | Hasta | Modalidad de Pago | | | | Horas por Día | Cant. Veces por Semana | Remuneración | |
| | | | <input type="checkbox"/> Por Hora | <input type="checkbox"/> Por Sem. | <input type="checkbox"/> Por Quin. | <input type="checkbox"/> Por Mes | | | | |
| 4) | Desde | Hasta | Modalidad de Pago | | | | Horas por Día | Cant. Veces por Semana | Remuneración | |
| | | | <input type="checkbox"/> Por Hora | <input type="checkbox"/> Por Sem. | <input type="checkbox"/> Por Quin. | <input type="checkbox"/> Por Mes | | | | |
| Si hubiera efectuado los aportes en forma extemporánea, justifique motivos: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Posee Prueba Documental que avale sus dichos ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique cuáles y adjúntelas a la presente | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Domicilios en que se prestaron los servicios | | | | | | Detalle de ambientes Nº de habitaciones y otras dependencias | | | La casa o Depto. es: | |
| | | | | | | | | | Propia | Alquilada |
| 1) | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datos del Dador de Trabajo

| | | |
|---|--------|-----------------|
| Apellido y Nombres | | |
| Documento de Identidad <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI | Número | CUIT / CUIL |
| Profesión U Ocupación | | |
| Tuvo o tiene otro/s empleados en carácter de Servicio Doméstico ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántos? <input type="text"/> | | |

Existe algún tipo de parentesco entre Usted y el Solicitante ? Si No Cual?

Nucleo Familiar del Dador de Trabajo

| Apellido y Nombre | Parentesco | Edad | Vínculo Familiar con el Solicitante | Indicar Cual |
|-------------------|------------|------|---|--------------|
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Manifestaciones del Dador de Trabajo

.....

.....

Lugar y Fecha

Firma del Dador de Trabajo

Certificación de firma (*)

| | |
|--|---|
| Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____ | |
| quien acredita su identidad con ____ N° _____ | _____ |
| expedida por _____ | Lugar y Fecha Firma y sello autoridad certificante |

(*) La certificación de la identidad y documento del dador de trabajo deberá ser realizada por autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado, sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.