

Form.
PS.6.292
**Servicio Doméstico - DDJJ del
Solicitante de Prestación**

Frente

Solicitante (I)

Fecha

Apellido/s y Nombre/s

CUIT / CUIL

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, haber trabajado con el Dador del Trabajo y en los períodos detallados a continuación

Dador de Trabajo

Apellido y Nombre		Profesión u Ocupación				
Domicilio Actual-Calle ó Paraje Rural :			Número	Piso	C. Postal	Teléfono
Domicilio (de la época del trabajo del solicitante) Calle ó Paraje Rural:						

Existe algún Tipo de parentesco entre usted y el Dador de Trabajo ? Si No Cuál ?

Servicios Prestados

Desde	Hasta	Modalidad de Pagos	Horas por Día	Cant. Veces por Semana	Remuneración Percibida	
		<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Sem. <input type="checkbox"/> Por Quin. <input type="checkbox"/> Por Mes				
Tareas Desempeñadas:						
Domicilios en que se prestaron los servicios		Detalle de ambientes N° 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"/>

Núcleo Familiar del dador de trabajo en la época en que se prestaron los servicios

Apellido y Nombre	Parentesco	Actividad	Edad

1) Deberá confeccionarse el presente formulario por cada dador de trabajo con el que se hubiera desempeñado

Otros Datos del Solicitante

Posee Libreta de trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso Afirmativo exhibirla e indicar la fecha de extensión			
Posee Libreta Sanitaria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso Afirmativo exhibirla e indicar la fecha de extensión			
Posee otra prueba documental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso Afirmativo indicar cuáles y adjuntar a las actuaciones			
		Recibos de pago / Recibos de sueldo <input type="checkbox"/>	Constancia de aportes <input type="checkbox"/>	
		Otras :		
Ofrece testigos que avalen su desempeño?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
1) Apellido y Nombre	Tipo y N° Doc:			
Domicilio Actual-Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
2) Apellido y Nombre	Tipo y N° Doc:			
Domicilio Actual-Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
Domicilio/s que habitaba en el momento del desempeño de tareas				
1) Domicilio Calle o Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
2) Domicilio Calle o Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
3) Domicilio Calle o Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
4) Domicilio Calle o Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono

Datos del Cónyuge / Conviviente del Solicitante

Apellido y Nombre	CUIT / CUIL	Fecha de Matrimonio/Conv
Profesión u Ocupación	Indicar si es Autónomo ó si trabaja en relación de dependencia	
Manifestaciones del Solicitante:		

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

Certificación de firma (*)

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi 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 solicitante deberá ser realizada por autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial

El presente formulario reviste el caracter 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.