A N SE S

PS.6.225

Retiro Transitorio por invalidez Cese en la Percepción de Remuneraciones

Nº de CUIL

Empleador Certificante

Apellido y Nombre/s o Razón Social	Domicilio - Calle	Número	Piso	Depto.

Localidad	Nº de CUIT
Actividad	Teléfono

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre/s Completos

Tipo y Nº de Documento

* Cese en las Remuneraciones a partir d

* Baja del Subsidio por Desempleo:

* Continúo percibiendo mis Remuneraciones hasta:

* Continúo percibiendo el Subsidio por Desempleo:

Apellido y Nombre/s del Empleador o Autorizado

Tipo y Nº de Documento

Lugar y Fecha

Firma del Empleador o Autorizado

Certificación de Firma