

# ANSES

PS.6.237

**Tareas Insalubres  
Cambio de Actividad****Cese o**

N° de CUIL

**Empleador Certificante**

Apellido y Nombre/s o Razón Social

Domicilio - Calle

Número

Piso

Localidad

N° de CUIT

Actividad

Teléfono

**Datos del Afiliado**

Apellido y Nombre/s Completos

Tipo y N° de Documento

\* Fecha Cese Tareas Insalubres:

\* Fecha Cambio de Actividad

\* Denominación de la Nueva Actividad

Firma del Empleador o Autorizado

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mi y responde a: quien acredita su identidad con tipo y N° de documento

Lugar y Fecha:

Firma y sello de la Autoridad Certificante

**Importante****La certificación de la identidad y documento del empleador o persona autorizada deberá realizar la Autoridad Bancaria, Previsional, Judicial o Notarial**

