



RENUNCIA A LA CONTINUIDAD

MENDOZA, de de 20.....

SEÑOR

DIRECTOR/GERENTE:

Me dirijo a usted a los efectos de informarle mi voluntad de **NO CONTINUAR** afiliado a la Caja Seguro Mutual, al momento de cesar mis actividades en la Administración Pública Provincial, dejando constancia que **NO** existe motivo alguno de reclamo a esa Repartición-

- COMPLETAR Y MARCAR CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA-

Apellido y Nombre:.....

Tipo y N° de Documento:.....

Domicilio: Localidad:.....

Domicilio Electrónico (mail):.....

Teléfono fijo y/o celular:.....

Repartición en la que **prestaba** servicios:.....

Fecha de baja o cese de actividades:.....

Declaro conocer las disposiciones de la Ley 9121 en todas sus partes, estando en total conocimiento que a partir de este momento estoy EXCLUIDO del Seguro Mutual.

FIRMA DEL EMPLEADO

CERTIFICACION DE FIRMA

