

Quien suscribe, solicita se declare el cese de aportación de los tributos administrados por el Fondo de Solidaridad, en aplicación de la causal de cese regulada en el artículo 3º de la Ley N° 16.524, en la redacción dada por el artículo 271 de la Ley N° 19.535, brindando a tales efectos la siguiente Declaración Jurada:

Datos Personales	
Nombres	
Apellidos	
Documento de Identidad	
Domicilio	
Departamento / Localidad	
País	
Teléfono Fijo	
Teléfono Móvil	
Correo Electrónico	
Carrera	
Nº afiliado CJPPU	
Nº afiliado CNSS (Notarial)	

- De ser afiliado a CJPPU debe adjuntar Historia de Afiliado a CJPPU

Declaración

Declaro padecer una enfermedad psíquica o física irreversible que me impide la obtención de ingresos provenientes de actividad laboral desde el

Día	Mes	Año

Se adjunta:

- Certificado médico dando cuenta de la causal
- "Historia Laboral Nominada" y "Consulta de actividades por persona" emitidos por BPS.

En caso de volver a desempeñar cualquier tipo de actividad laboral, es mi deber comunicarlo al organismo, a efectos de revertir el cese solicitado.

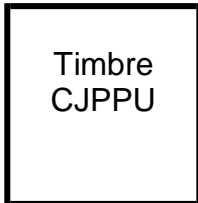
Indicar si corresponde: Los aportes efectuados a la CJPPU o CNSS en el período en estudio fueron realizados solamente a efectos jubilatorios

Si	No
----	----

CONDICIONES GENERALES

1. LA PRESENTACIÓN DE ESTA DECLARACION NO EXIME AL SUJETO PASIVO DE LAS MULTAS Y RECARGOS QUE SE GENEREN EN CASO QUE NO PROCEDA EL CESE SOLICITADO.
2. SE AUTORIZA AL FONDO DE SOLIDARIDAD A SOLICITAR A LOS SIGUIENTES ORGANISMOS LA INFORMACIÓN RELATIVA AL DECLARANTE NECESARIA A EFECTOS DE LA RESOLUCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD DE EXENCIÓN: CNSS, CJPPU, BPS, UDELAR, UTEC, UTU, DNM (LEY N° 18.331). NO OBSTANTE, EL FONDO DE SOLIDARIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE REQUERIR TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE ENTIENDA NECESARIA Y NO SE ENCUENTRE INCLUIDA EN EL PRESENTE FORMULARIO (art. 5 Dec. N° 325/002).

Art. 240 DEL CODIGO PENAL – El que hiciere un documento privado falso, o alterare uno verdadero, será castigado, cuando hiciere uso de él, con doce meses de prisión a cinco años de penitenciaría

**FIRMA DEL DECLARANTE**

Quien suscribe, en su calidad de Titular / Apoderado acepta las condiciones generales de la presente declaración y se responsabiliza de que la información declarada es completa y correcta de acuerdo a las normas tributarias y penales.

 FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O
 APODERADO

 DOCUMENTO IDENTIDAD

 ACLARACIÓN

USO INTERNO
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DJ FDS 3/2016 V01

Fecha	Sello y Firma