



Declaración Jurada Solicitud de Cese de Aportación por Enfermedad

Por intermedio de la siguiente Declaración Jurada se solicita el cese de los aportes al Fondo de Solidaridad.

Según lo dispuesto en el artículo 3º de la Ley Nº 16.524, en la redacción dada por el artículo 271 de la Ley Nº 19.535.

1. DATOS PERSONALES	
Nombres	
Apellidos	
Documento de identidad	
Domicilio	
Departamento / Localidad	
País	
Teléfono	
Celular	
Correo electrónico	
Carrera	
Nº afiliado Caja de Profesionales	
Nº afiliado Caja Notarial	

2. DECLARACIÓN PARA CESE

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

Día	Mes	Año

SE DEBE ADJUNTAR:

- Certificado médico dando cuenta de la causal.
- *Historia Laboral Nominada y Consulta de actividades por persona* emitidos por BPS.
- De ser afiliado a CJPPU debe adjuntar Historia de Afiliado a CJPPU.

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

Sí	No
----	----

CONDICIONES GENERALES

1. La presentación de esta declaración jurada no exime de las multas y recargos que se generen en caso de que no proceda el cese de aportación.
2. De acuerdo al artículo 239 del Código Penal: "El que con motivo de otorgamiento o formalización de un documento público ante un funcionario preste una declaración falsa sobre su identidad o estado o cualquier otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión".
3. De conformidad con la Ley Nº 18.331, de 11/8/2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), los datos suministrados en el presente formulario y documentos anexos quedarán incorporados en la base de datos del Fondo de Solidaridad y serán utilizados exclusivamente para resolver la presente solicitud y ejercer el cometido asignado legalmente como sujeto activo.

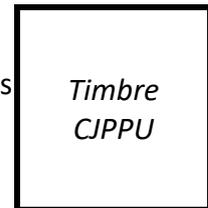
Los datos personales serán tratados con el grado de protección adecuado, se tomarán las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros.

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 cese: CNSS, CJPPU, BPS, DNM. 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.

El responsable de la Base de datos es el Fondo de Solidaridad y la dirección donde se pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión, es Mercedes 1796 de Montevideo.

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 con las normas tributarias y penales.



FIRMA DEL CONTRIBUYENTE O APODERADO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

ACLARACIÓN

USO INTERNO DEL FDS

Fecha	Sello y Firma

**CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD DE CESE DE APORTACIÓN POR ENFERMEDAD**

Constancia de recepción de la Declaración Jurada presentada para el cese de los aportes al Fondo de Solidaridad de _____ (nombre y apellido).

Fecha de recepción	Sello y firma del FdS

SEGUIMIENTO Y RESOLUCIÓN

La resolución de la presente Solicitud se notifica en los Servicios en línea del Portal del Egresado. Debe consultar el estado ingresando www.egresados.fondodesolidaridad.edu.uy, *Servicios en línea, Cese de aportación* y hacer clic en el botón *Seguimiento*.