



Form.
PS.6.292

**Servicio Doméstico - DDJJ del
Solicitante de Prestación**

Frente

Solicitante (I)

Fecha			
-------	--	--	--

Apellido/s y Nombre/s	CUIT / CUIL

Manifiesto, bajo juramento y en conocimiento de las penas impuestas por el art. 239 del Código Penal que reprime con prisión o reclusión de 1 (uno) a 6 (seis) años el delito de insertar o hacer insertar declaraciones falsas, haber trabajado con el Dador del Trabajo y en los períodos detallados a continuación

Dador de Trabajo

Apellido y Nombre	Profesión u Ocupación			
Domicilio Actual-Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
Domicilio (de la época del trabajo del solicitante) Calle ó Paraje Rural:				

Existe algún tipo de parentesco entre usted y el Dador de Trabajo ? Si No Cuál ?

Servicios Prestados

Desde	Hasta	Modalidad de Pagos	Horas por Día	Cant. Veces por Semana	Remuneración Percibida
		<input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Sem. <input type="checkbox"/> Por Quin. <input type="checkbox"/> Por Mes			
Tareas Desempeñadas :					
Domicilios en que se prestaron los servicios		Detalle de ambientes N° de habitaciones y otras dependencias			La casa o Depto. es:
1)					Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>
2)					Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>
3)					Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>
4)					Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>

Núcleo Familiar del dador de trabajo en la época en que se prestaron los servicios

Apellido y Nombre	Parentesco	Actividad	Edad

1) Deberá confeccionarse el presente formulario por cada dador de trabajo con el que se hubiera desempeñado

Otros Datos del Solicitante

Posee Libreta de Trabajo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso Afirmativo exhibirla e indicar la fecha de extensión			
Posee Libreta Sanitaria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso Afirmativo exhibirla e indicar la fecha de extensión			
Posee otra prueba documental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso Afirmativo indicar cuáles y adjuntarlas a las actuaciones			
	Recibos de pago / Recibos de sueldo	<input type="checkbox"/>	Constancia de aportes	<input type="checkbox"/>
	Otras :			
Ofrece testigos que avalen su desempeño?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
1) Apellido y Nombre	Tipo y N° Doc:			
Domicilio Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
2) Apellido y Nombre	Tipo y N° Doc:			
Domicilio Actual-Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
Domicilio/s que habitaba en el momento del desempeño de tareas				
1) Domicilio Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
2) Domicilio Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
3) Domicilio Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono
4) Domicilio Calle ó Paraje Rural :	Número	Piso	C. Postal	Teléfono

Datos del Cónyuge / Conviviente del Solicitante

Apellido y Nombre	CUIT / CUIL	Fecha de Matrimonio/Conv
Profesión u Ocupación	Indicar si es Autónomo ó si trabaja en relación de dependencia	
Manifestaciones del Solicitante:		

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

Certificación de firma (*)

Certifico que la firma que antecede fue puesta ante mí y corresponde a _____		
quien acredita su identidad con _____ N° _____	Lugar y Fecha	Firma y sello autoridad certificante
expedida por _____		

(*) La certificación de la identidad y documento del dador de trabajo deberá ser realizada por autoridad bancaria, previsional, judicial o notarial

El presente formulario reviste el caracter de Declaración Jurada, debiendo ser completado, sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.