NOMINA DE PERSONAL INCLUIDO

ASOCIART
ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

SOLICITUD DE AFILIACION Nº:

EMPLEADOR CUIT Nº:

Si su empresa supera los 15 trabajadores por favor enviar la nómina en formato excel acompañando el diskette o cd con una copia en papel firmada. El archivo deberá contener la siguiente información:
CUIL - APELLIDO - NOMBRE - SEXO - FECHA DE NACIMIENTO - CATEGORIA - OCUPACION - SUELDO - FECHA DE INGRESO.

COMPLETAR UN ANEXO POR CADA ESTABLECIMIENTO

Razón social CUIT

Nº de establecimientos (según detalle de establec.) Anexo I (Res. SRT 463/09 y 529/09) Nombre

Actividad principal del establecimiento CIIU

Calle Nº Piso Ofic. Localidad CP Provincia

Contacto Tel. Email

Apellido y nombre	CUIL	Sexo M - F	Fecha de nacimiento	Tarea	Categoría empleado	Remuneración imponible $	Fecha de alta empresa
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /
			/ /				/ /

De acuerdo con lo dispuesto por la Res. SRT 310/02, Ud. está recibiendo conjuntamente con la Solicitud de Afiliación que suscribe las credenciales identificatorias que le agradeceremos distribuir a sus empleados e informarles que deberán llevarlas consigo en todo momento. En esta credencial se describe el procedimiento para actuar ante un accidente de trabajo, y nuestro teléfono de Servicio Médico Permanente 24 hs. 0800-888-0093 desde donde se coordinará la atención del accidentado. En caso de requerir reposición de credenciales, podrá hacerlo a través de nuestro Centro de Servicio al Cliente 0800-888-0095 o por mail a informacion@asociart.com.ar

La información consignada se efectúa en carácter de Declaración Jurada, siendo todos los datos completos y veraces.

En a los días del mes de de

Firma del Empleador:

Apellido y Nombre:

Doc. Tipo y Nº:

Personería Invocada: