

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

SNIS- DECLARACION DEL TRABAJADOR

DATOS DEL DECLARANTE

| DOCUMENTO | 1° APELLIDO | 2° APELLIDO | 1° NOMBRE | 2° NOMBRE |
|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | | | | |

Para la determinación de los descuentos correspondientes al financiamiento del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de la afiliación al mismo de su núcleo familiar, el firmante **DECLARA ANTE SU EMPLEADOR** que al día de la fecha:

- NO TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- NO TIENE** a su cargo Cónyuge o Concubino.
- TIENE** a su cargo Cónyuge o concubino sin amparo al sistema de acuerdo al Dec. 318/2010.

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO

| DOCUMENTO | 1° APELLIDO | 2° APELLIDO | 1° NOMBRE | 2° NOMBRE |
|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | | | | |

| DOMICILIO |
|-----------|
| |

.....
Firma del trabajador

RECIBIDO POR LA EMPRESA: Nombre o Razón Social: _____

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Fecha: dd/mm/aa

.....
Firma de la empresa

La presente Declaración está sujeta a las disposiciones del art. 63 del Código Tributario, Ley N° 14.306, modificativas y concordantes. En caso que el contenido de la misma no corresponda a la verdad material de los hechos declarados, el BPS como Sujeto Activo de los Tributos que recauda para el Fondo Nacional de Salud podrá disponer las acciones de cobro ante el trabajador declarante por las diferencias de carácter económico que surjan a partir de las divergencias constatadas, sin perjuicio de exigir el reintegro de las cuotas salud que su hubieran abonado como consecuencia de tales divergencias.-

La empresa receptora de la misma deberá comunicar al Banco de Previsión Social en la forma que éste determine la situación de los trabajadores, en las mismas condiciones será responsable y depositaria de la documentación respaldante de cada declaración.- Deberá asimismo entregar al trabajador el talón adjunto como constancia de la recepción.-

SNIS- DECLARACION DEL TRABAJADOR

Vía 2 Trabajador

DATOS DEL DECLARANTE

| DOCUMENTO | 1° APELLIDO | 2° APELLIDO | 1° NOMBRE | 2° NOMBRE |
|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | | | | |

Declaró ante su empleador que al día de la fecha:

- NO TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- TIENE** hijos menores de 18 años a cargo o mayores con discapacidad.
- NO TIENE** a su cargo Cónyuge o Concubino.
- TIENE** a su cargo Cónyuge o concubino sin amparo al sistema.

DATOS DEL CONYUGE O CONCUBINO

| DOCUMENTO | 1° APELLIDO | 2° APELLIDO | 1° NOMBRE | 2° NOMBRE |
|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | | | | |

| DOMICILIO |
|-----------|
| |

RECIBIDO POR LA EMPRESA: Nombre o Razón Social: _____

| DOCUMENTO | 1° APELLIDO | 2° APELLIDO | 1° NOMBRE | 2° NOMBRE |
|-----------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | | | | |

Fecha: dd/mm/aa

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

y firma por la empresa



ANEP

DIRECCIÓN GENERAL
DE EDUCACIÓN
INICIAL Y PRIMARIA

| | | |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
| | | |

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FUNCIONAL

DATOS PERSONALES (a completar por el interesado)

| | | | | | |
|---------------------|---------------------|--------------------|----------------|--------------|--|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Dependencia | Carácter del cargo <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> NO DOCENTE |
| Fecha de nacimiento | Cédula de identidad | Credencial cívica | Estado civil | Nacionalidad | Sexo <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO |
| Domicilio | | Ciudad o localidad | | Teléfono | |

Otro/s empleo/s: SI NO Especifique lugares: _____

Firma del interesado

Aclaración de firma

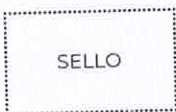
EN CASO DE TENER MENORES Y/O DISCAPACITADOS A CARGO DEBERÁ PRESENTAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 HORAS:

- 1) Fotocopia de la cédula de identidad del cónyuge o concubino.
- 2) Fotocopias de las cédulas de identidad de los menores y/o discapacitados que integran el núcleo familiar.

DATOS FUNCIONALES (a completar por la inspección o Dependencia correspondiente)

| | | | | |
|---------------------|----------------|------------------------|--|--|
| Correlativo | Ficha de cobro | Denominación del cargo | Carácter del cargo <input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> SUPLENTE <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> PRESUPUESTADO | |
| Inicio de funciones | Esc. N° | Dependencia | Periodo de suplencia Inicio:/...../..... Cese:/...../..... | |

Se encuentra en comisión: SI NO (Especificar lugar): _____
Pernocta en escuela rural: SI NO _____



Firma del/la inspector/a jefe/a

Aclaración de firma

Formulario 1049

Publicado en Página Web de la DGEIP



ANEP

DIRECCIÓN GENERAL
DE EDUCACIÓN
INICIAL Y PRIMARIA

| | | |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
| | | |

Inspección o dependencia _____

Se hace constar que el/la Sr./a completó y entregó en la inspección/ Dependencia los formularios: « Declaración de Situación Funcional » y « Declaración del trabajador » (BPS)



Firma

Aclaración de firma