

\_\_\_\_\_ (Denominación del Empleador)

CUIT Nro \_\_\_\_\_ (Del Empleador), con domicilio en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ T.E. Nro \_\_\_\_\_

CERTIFICA que el Sr./Sra \_\_\_\_\_

C.U.I.L./C.U.I.T./C.D.I. Nro \_\_\_\_\_ se desempeña en relación de dependencia

como empleado de: planta permanente - contratado - titular - interino - suplente - personal de gabinete, etc. (testar lo que no corresponda o agregar la situación de revista) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_, percibiendo un haber mensual

de pesos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (\$.....).

Manifestamos que dichos haberes registran las siguientes medidas cautelares: (\*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) En caso de no registrar medidas cautelares completar con el texto. No registra medidas cautelares.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Funcionario Autorizado  
Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado  
Firma y Sello