

CONFORMACIÓN DEL ARANCEL PROFESIONAL - ERD**Hasta 28 años Desde 29 años****DERECHO PROFESIONAL \$ 11.373 \$ 14.216**

Aportes a la:

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL (opcional)

Rangos Etarios	Categ. A	Categ. B	Categ. C	Categ. D
Hasta 29 años de edad	48.651	74.817	100.888	127.091
De 30 a 34 años de edad	121.681	187.044	252.556	317.940
De 35 a 39 años de edad	154.190	237.036	319.928	402.848
De 40 a 49 años de edad	170.331	261.863	353.446	445.167
De 50 años en adelante	178.516	274.444	370.487	466.468

(*) La cuota aguinaldo equivale al 8,33 % del valor de la escala. Los afiliados voluntarios podrán optar por ingresar sus aportes en las categorías **A, B, C o D**, como así también en la categoría reducida equivalente al cincuenta por ciento (**50%**) del aporte establecido para la **categoría A**.

COBERTURA SOCIAL MÉDICA (opcional)

Rangos etarios	Valor
29 años de edad	151.495
30	34
35	39
40	44
45	49
50	54
55	59
A partir de 60	681.728

FIRMA:.....

Los vencimientos operan del 1º al 15 de cada mes. Opciones de pago: www.autogestion.cpcecba.org.ar

Fondo Solidario (FACPCE) Declaración Jurada

Datos del titular

Matrícula N° _____	Apellido y Nombre _____	Fecha de Matrícula _____ / _____ / _____	e-mail _____ @ _____
Domicilio _____	Ciudad _____	Provincia _____	Nº _____ Piso _____ Dpto. _____ Barrio _____
Ejercicio profesional en dependencia:	Obras sociales:	Sector público <input type="checkbox"/>	Código postal _____
Nº _____	Nº _____	Sector privado <input type="checkbox"/>	Teléfono _____
Tipo de documento _____		Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____	
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de casamiento _____ / _____ / _____	Viudo <input type="checkbox"/>

Datos de los familiares (cónyuge e hijos)

Nombre y apellido	tipo doc	Nº doc	parentesco	fecha de nacimiento	a cargo	O. Social	Incap.

Firma del titular

Córdoba, _____

Al señor Presidente del
Consejo Profesional de Ciencias
Económicas de Córdoba

Conforme a la Resolución N° 35/12, vengo a solicitar a Ud. quiera disponer mi inscripción en la **MATRICULA ESPECIAL PARA EL EJERCICIO EXCLUSIVO EN RELACION DE DEPENDENCIA (Ley N° 10.051 art. 57 2º parte)**, a cuyo efecto suministro los siguientes datos y documentación:

Apellido y Nombres: _____

Tipo y N° de documento de identidad: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Estado civil: _____ C.U.I.L. _____

Domicilio particular y teléfono: _____

Datos del empleador: _____

Domicilio laboral y teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Título profesional: _____

Universidad: _____

Declaro bajo juramento no ejercer la profesión en forma liberal o independiente, ya sea parcial o totalmente, según lo normado por la Ley Nacional N° 20.488 y tener pleno conocimiento de los términos de la Resolución 35/12 del Consejo.

Firma_____
Recepción_____
Responsable de Matriculación_____
Secretario_____
Presidente

H. Consejo

Fecha de aprobación:

...../...../.....

Acta N°:.....

Estimado Profesional:

Con el objeto de instruir a los profesionales que solicitan su inscripción en nuestro Consejo, informamos a Ud. que a partir del 1º de Julio del 2007, está vigente la Resolución N° 16/07 mediante la cual se implementa el "Curso Introductorio Obligatorio para nuevos matriculados" normativa que rige el ejercicio de los profesionales en Ciencias Económicas, como así también en nociones básicas referidas a la organización de la Institución.

En la citada Resolución, se establece la obligatoriedad de realizar el mismo como requisito indispensable para obtener su matrícula definitiva, independientemente de las demás condiciones establecidas por el Reglamento de Matriculación, el plazo máximo es de un año calendario, contado a partir de la aprobación por parte del Consejo Directivo de la matrícula provisoria.

Si transcurrido el plazo establecido en el artículo anterior y no hubiere realizado el curso se remitirán los antecedentes a la Comisión de Fiscalización Profesional, en el supuesto que el profesional continúe con su conducta omisiva la citada Comisión, previo apercibimiento, elevará los antecedentes al Consejo Directivo para el correspondiente traslado de las actuaciones al Tribunal de Ética.

El dictado se ha previsto en forma periódica, podrá así optar por cualquiera de las ediciones antes de que se cumpla el plazo de un año señalado anteriormente.

En nuestro sitio de internet www.cpcecba.org.ar podrá encontrar información actualizada sobre la fecha prevista de los próximos cursos.

Quedamos a su disposición para brindar mayor información al respecto. Cordialmente.

Recibido:

Firma

Aclaración

Fecha

DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD**1. Datos personales:** Matrícula N°: _____

1.1. Apellido y Nombres: _____

1.2. Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla o Estatura: _____

1.3. Lugar y fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Tipo y N° de documento: _____

1.4. Estado civil: _____ Nupcias: _____ Parentesco con el titular: _____

1.5. Composición del grupo familiar: _____

1.6. Domicilio actual: _____

2. Antecedentes hereditarios:

Enfermedades familiares: _____

3. Antecedentes personales:

3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):

Cardiovascular Diabetes Neurológicas Osteoarticulares Psiquiátricas Cardiocirculatorias Respiratorias Digestivas Odontológicas

Otras no especificadas: _____

3.2. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? SI / NO ¿Cuál? _____

3.3. ¿Estuvo alguna vez internado SI / NO Especifique clínica/s y fecha/s _____

Motivo o diagnóstico de internación: _____

4. Estado actual:

4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento médico u odontológico y medicación prescrita: _____

4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? SI / NO

4.3. ¿La visión es normal? SI / NO ¿La audición es normal? SI / NO

4.4. Enfermedad crónica: _____

4.5. Medicamentos habituales o permanentes: _____

4.6. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica u odontológica? SI / NO ¿Desde cuándo? _____

Motivo: _____

4.7. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? _____

M.P.: _____ Domicilio: _____

4.8. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: _____

5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:

Especificar cuáles y fecha de los mismos: _____

6. Grado de incapacidad actual Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas):**7. Posee implantes de: Prótesis, Stent, Marcapasos, etc.: SI / NO. Especificar: _____**

Fecha del implante: _____

DECLARO bajo juramento: 1) que los datos consignados son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento del Fondo Solidario de FACPCE, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE ha establecido y establezca para los servicios que brinda; 2) no padecer enfermedad alguna, excepción hecha de las que precedentemente enumeré; 3) conocer y aceptar expresamente y sin ningún tipo de reservas los períodos vigentes de carencia para todas aquellas prestaciones originadas en enfermedades preexistentes a la fecha de mi ingreso, eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas hasta el cumplimiento de los mismos; 4) conocer que la cobertura que brinda el Fondo Solidario oficializará con carácter de subsidio, por reintegro, y en forma complementaria a la obra social o sistema de salud primaria del beneficiario

Cuando se demuestre falso, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas.

Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto.

MATRÍCULA ESPECIAL PARA EL EJERCICIO EXCLUSIVO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

REQUISITOS SOLICITADOS Y CONDICIONES:

- a) Completar el formulario de Inscripción y los siguientes aplicativos vía on-line. Anexo I. Declaración de datos personales y familiares.
- b) Completar el formulario de Declaración Jurada de Salud.
- c) Presentar EL DIPLOMA ORIGINAL debidamente legalizado por las autoridades del **Rectorado y del Ministerio de Educación de la Nación**, sin enmarcar y fotocopia simple, tamaño A4, anverso y reverso.

Si aún no obrara en su poder el citado diploma, deberán presentar:

- **Egresados de la Universidad de Nacional de Córdoba, Río Cuarto y Villa María:** Certificado Provisorio en original, únicamente, que permanecerá en el Consejo hasta tanto le otorguen el diploma. En dicho certificado deberá constar: fecha de validez del mismo, como así también la fecha de egreso (última materia aprobada).
- **Egresados de la Universidad Católica de Córdoba, Universidad Blas Pascal, Universidad Empresarial Siglo 21, Instituto Universitario Aeronáutico:** presentando únicamente original de la Resolución Rectoral.
- Para los **profesionales egresados en otras provincias:** Original del Certificado o Resolución Rectoral expedido por la Universidad respectiva, en donde conste fecha de egreso y que la fecha de expedición del mismo sea de una antigüedad no superior a seis meses.

Una vez recibido el diploma deberá ser presentado en este Consejo para dar carácter definitivo a la matrícula obtenida (Art. 3º Reglamento de Matriculación).

- d) Adjuntar fotocopia de las dos primeras hojas del D.N.I. De haber cambio de domicilio adjuntar página correspondiente.
- e) Una (1) foto color actualizada 4 x 4 de frente, tamaño carnet.
- f) Constancia de CUIL / CUIT del profesional.
- g) Copia de Recibo de Sueldo y/o Certificado de Trabajo.
- h) Si el profesional hubiera estado inscripto en algún otro/s Consejo/s, deberá presentar certificado de cada uno de ellos, donde conste que no registra deuda ni sanciones, aún cuando dicha inscripción se encontrara cancelada.
- i) Presentarse personalmente en el Dpto. de Comunicación y Servicio a la Matrícula, en el horario de **7:30 a 18:00 hs.**, con la documentación anteriormente indicada y munido de su documento de identidad., a los efectos de efectuar su registro de firma.

RECOMENDACIONES ESPECIALES:

- **Para las profesionales casadas:** deberán completar la documentación con el apellido que figure en el documento de identidad, diploma o certificado.
- **Para los profesionales que no pudieran concurrir personalmente a este Consejo:** deberán efectuar su registro de firma en la tarjeta correspondiente (solicitar en el Dpto. de Comunicación y Servicio a la Matrícula) ante Escrivano Público, con la correspondiente certificación del Colegio de Escribanos de la Jurisdicción que corresponda, o ante autoridades competentes, a criterio del CPCE.

Firma	Aclaración	Tipo Doc. y Nº	Fecha
-------	------------	----------------	-------



Estimado Profesional:

Con el objeto de instruir a los profesionales que solicitan su inscripción en nuestro Consejo, informamos a Ud. que a partir del 1º de Julio del 2007, está vigente la Resolución N° 16/07 mediante la cual se implementa el "Curso Introductorio Obligatorio para nuevos matriculados" normativa que rige el ejercicio de los profesionales en Ciencias Económicas, como así también en nociones básicas referidas a la organización de la Institución.

En la citada Resolución, se establece la obligatoriedad de realizar el mismo como requisito indispensable para obtener su matrícula definitiva, independientemente de las demás condiciones establecidas por el Reglamento de Matriculación, el plazo máximo es de un año calendario, contado a partir de la aprobación por parte del H. Consejo de la matrícula provisoria.

Si transcurrido el plazo establecido en el artículo anterior y no hubiere realizado el curso se remitirán los antecedentes a la Comisión de Fiscalización Profesional, en el supuesto que el profesional continúe con su conducta omisiva la citada Comisión, previo apercibimiento, elevará los antecedentes al H. Consejo para el correspondiente traslado de las actuaciones al Tribunal de Ética.

El dictado se ha previsto en forma periódica, podrá así optar por cualquiera de las ediciones antes de que se cumpla el plazo de un año señalado anteriormente.

En el Departamento de Comunicación y Servicio a la Matrícula, y en nuestro sitio de internet www.cpcecba.org.ar podrá encontrar información actualizada sobre la fecha prevista de los próximos cursos.

Quedamos a su disposición para brindar mayor información al respecto. Cordialmente.

Recibido:

Firma

Aclaración

Fecha