

Interrupciones

Imputación	Referencia (repartición y empleo)	Desde			Hasta			Observaciones
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	

Total de interrupciones

Domicilio de radicación de la fuente documental:
Observaciones:

Firma del / de la empleador/a o persona autorizada

Apellido/s y nombre/s del / de la empleador/a o persona autorizada:
Tipo y número de documento:

En la ciudad de _____ a _____ días del mes de _____ de 20 ____

_____ Firma del / de la empleador/a o persona autorizada

Este formulario tiene carácter de declaración jurada. Debe completarse sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a las personas infractoras a las penalidades previstas en los artículos 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documento público.

Certificación de firma del / de la empleador/a o persona autorizada

Certifico que los datos personales del / de la empleador/a o persona autorizada son copia fiel de los que se encuentran en el documento de identidad que se indica, que tuve a la vista y que la firma fue realizada en mi presencia. Asimismo, certifico que la totalidad de los datos informados en este formulario son correctos.

En la ciudad de _____ a _____ días del mes de _____ de 20 ____

_____ Firma y sello aclaratorio de la autoridad certificante