

Form.
OP2.76
**Convenio de Seguridad Social Entre la República
de Chile y la República Argentina
Certificado de Desplazamiento o Traslado**

Frente

1 - Trabajador Dependiente Trabajador Autónomo (*)

N° de Expediente en Argentina

Cédula de Identidad o R.U.T. en Chile

N° de CUIL/CUIT en Argentina

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
------------------	------------------	---------	--

Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Profesión o Actividad Desempeñada
---------------------	--------------	-----------------------------------

Domicilio - Calle		Número	Cód. Postal	Ciudad
Comuna	País	Teléfono		E-mail

(*) Para el Traslado de un trabajador autónomo el interesado debe suscribir el formulario en este apartado

Firma del Trabajador Autónomo

2 - Empresa de Origen (Completar en el caso de Trabajador Dependiente)

Nombre o Razón Social

N° Identificador en Argentina/R.U.T. en Chile

Domicilio - Calle		Número	Cód. Postal	Ciudad
Comuna	País	Teléfono		E-mail

Firma y Sello del Representante Legal

3 - Período de Desplazamiento o Traslado Temporario

Desde

Hasta

