|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| …………………….., ……. de………………………….de 20.…. (localidad) (fecha) **A ARBA** **Asunto: CESE RETROACTIVO**  ………………...................................................................................................................................................., (Nombre y Apellido) en carácter de Titular / Apoderado / Representante *(tachar lo que no corresponda)*, DNI Nro.…….........…………. y Nro. de CUIT / CUIL / CDI \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, solicito el Cese Retroactivo de mi inscripción en el impuesto sobre los Ingresos Brutos en la provincia de Buenos Aires, conforme la información detallada abajo. 1. **IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE Y FECHA DE CESE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CUIT** | **NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL** | **Fecha REAL DE CESE** |
| -------/------------------------/------- |  | --------/--------/------------ |

1. **HECHOS** *(que fundamentan la solicitud)*

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................1. **PRUEBA**

Como prueba adjunto la siguiente documentación: *(Tildar lo que corresponda)* * + Documento único o Pasaporte.
	+ Constancia de Datos Registrales de AFIP (PDF).
	+ Constancia de baja de habilitación municipal.
	+ Baja definitiva de la matrícula profesional.
	+ Formulario de baja en el Impuesto sobre los IIBB (R-445, R-246 o R-119) o CM02 de CM.
	+ Acta de defunción.
	+ Constancia de inscripción en el Impuesto sobre los Ingresos Brutos y acreditación de domicilio de otra jurisdicción.
	+ Otra documentación: .........................................................................................................................
1. **DOMICILIO FISCAL / DOMICILIO CONSTITUIDO:**

Calle: ……………………………………………………………… Nro.: …………... Piso: ……...Dpto.: ………..… Torre: ……….... Código Postal: ……………..……...…. de la localidad de: ………………………………………… Partido de: ..……………………………………….… Provincia: ……………………………………………….…….….Otro dato de contacto *(se sugiere indicar teléfono y casilla de correo electrónico)*: …………………………………………………………………………………………………………………………………**APODERADO/ REPRESENTANTE** *(si corresponde):*Se acredita mi apoderamiento / representación por medio de: ..…………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………Declaro que los datos consignados en el presente son correctos y fieles. Me comprometo a regularizar la deuda proveniente del Impuesto sobre los Ingresos Brutos, en mi condición de contribuyente y de agente de recaudación -según corresponda-, generados durante el plazo que me encontraba en actividad. Sin más, saludo Atentamente. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma y Aclaración) |