|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| …………………….., ……. 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) |