



INTENDENCIA DE CANELONES  
DIRECCION GENERAL RECURSOS FINANCIEROS



DECLARACION JURADA: Exoneración para Cooperativa de USUARIOS

Trámite Inicial  
N° EXP.

Renovación  
N° EXP.

**CONTRIBUYENTE**

NOMBRE:			
DOMICILIO:	CALLE:	N°	Apto.
	LOCALIDAD:	DEPARTAMENTO:	
	TELEFONO:	FAX:	MAIL:

**REPRESENTANTE**

NOMBRE:			
DOC. IDENTIDAD:			
DOMICILIO:	CALLE:	N°	Apto.
	LOCALIDAD:	DEPARTAMENTO:	
	TELEFONO:	FAX:	MAIL:

**NOMINA DE PADRONES POR LOS CUALES SE SOLICITA EXONERACION Y DECLARA QUE ESTAN AFECTADOS AL USO QUE LEGALMENTE LE DA DERECHO A LA MISMA:**

**INMUEBLES**

CODIGO MUNICIPAL	PADRON	LOCALIDAD	MANZANA	SOLAR	UPHD/UPHL

**OBSERVACIONES**

--

FECHA: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_

ESTATUTO	ORIGINAL	<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA AUTENTICADA	<input type="checkbox"/>
	MODIFICADO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
CERTIFICACION NOTARIAL ACREDITANDO PERSONERIA JURIDICA				<input type="checkbox"/>
REPRESENTACION				<input type="checkbox"/>
CERTIFICADOS DE HABILITACION				<input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE PAGO O EXONERACION DE TRIBUTOS				<input type="checkbox"/>
CERTIFICACION NOTARIAL DE PROPIEDAD O COPIA AUTENTICADA DE TITULOS				<input type="checkbox"/>

**ADVERTENCIA:**

Los Artículos del Código Penal N°239, el que con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración jurada falsa, sobre su identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión; y N°240: El que hiciere un documento privado falso o alterare uno verdadero, será castigado cuando hiciere uso de él, con doce meses de prisión a cinco años de penitenciaría. Asimismo, si en algún momento cambiaran las circunstancias de hecho o de derecho que dieron origen a la exoneración, el propietario del bien deberá concurrir inmediatamente a al I.D.C. a efectos de poner en conocimiento de estas circunstancias y la fecha de acaecimiento.

FECHA: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
 Aclaración: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Aclaración: \_\_\_\_\_

TIMBRE

**OFICINA RECEPTORA:**

FIRMA DEL FUNCIONARIO: \_\_\_\_\_

Nº DE CARGO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_