

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE  
EL REINO DE ESPAÑA Y LA REPÚBLICA ARGENTINA

PRÓRROGA DE TRASLADO TEMPORARIO  
Artículo 7 del Convenio y artículo 5 del Acuerdo Administrativo

**A CUMPLIMENTAR POR EL EMPLEADOR O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA**

**1. INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO (A)**

Nombre: .....

Dirección: .....

**2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL TRABAJADOR**

Cuenta ajena /  
Relac. Dependencia

Cuenta propia /  
Autónomo

Apellido(s): ..... Nombre(s): .....

Nombre del padre: ..... Nombre de la madre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Nacionalidad: .....

Nº de Seguridad Social: ..... DNI .....

Nº de CUIL / CUIT: .....

Profesión / Actividad: .....

Dirección habitual: .....

Equipo de trabajo en el que se encuentra integrado: .....

**3. DATOS DEL DESPLAZAMIENTO**

El trabajador anteriormente citado está en posesión del formulario E-ARG F1 autorizado para el periodo:

Desde ..... hasta ..... y expedido por la siguiente Institución:

Nombre: .....

Dirección: .....

El trabajador sigue trasladado o continua ejerciendo la actividad en el siguiente centro de trabajo:

Nombre o razón social: .....

Dirección: .....

CCC / CUIT (Tachar lo que no corresponda) .....

Se solicita que continúe sometido a la legislación de:  España  Argentina

Durante el periodo del ..... al .....

Motivo de la solicitud .....

.....

.....

.....

**4. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA EMPRESA (para trabajadores por cuenta ajena) O DE LA ACTIVIDAD AUTÓNOMA (para trabajadores por cuenta propia) DEL PAÍS REMITENTE**

Nombre o razón social: .....

Ramo o actividad principal: .....

CCC / CUIT (Tachar lo que no corresponda) .....

Dirección: .....

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**A CUMPLIMENTAR POR LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO**

**5. LA INSTITUCIÓN COMPETENTE DEL PAÍS DE DESTINO**

Denominación:.....

Dirección: .....

**Declara:**

Estar de acuerdo                       no estar de acuerdo

En que el trabajador: .....

siga sometido a la legislación de la Seguridad Social de     España                       Argentina

Durante el periodo: ..... al .....

Sello

Fecha: .....

Firma: .....

**INSTRUCCIONES**

El formulario deberá cumplimentarse (por cuadruplicado en España y quintuplicado en Argentina) en letra tipo imprenta.

Una vez cumplimentado por el empleador o trabajador será enviado por la Institución competente del país asegurador a la Institución competente del país de empleo.

Esta última Institución, expresada su conformidad o disconformidad en el mismo, devolverá tres ejemplares a la Institución competente del país asegurador. La misma remitirá 2 ejemplares a la empresa solicitante o al trabajador por cuenta propia.

(A) **INSTITUCIONES COMPETENTES**

**En España:**

TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
Subdirección General de Afiliación y  
Procedimientos Especiales.  
C/ Astros, 5 y 7  
28007 MADRID

**En Argentina:**

Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)  
Unidad Convenios Internacionales  
Chacabuco n° 467/479 1º piso  
(C1069AAI) – CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES