

CERTIFICATE OF COVERAGE UNDER THE CANADA PENSION PLAN PURSUANT TO ARTICLE 7 OF THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE GOVERNMENT OF CANADA AND THE GOVERNMENT OF THE EASTERN REPUBLIC OF URUGUAY
CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA EN VERTU DE L'ARTICLE 7 DE L'ACCORD SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU CANADA ET LE GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE ORIENTALE DE L'URUGUAY
CERTIFICADO DE COBERTURA BAJO EL PLAN DE PENSIONES DE CANADÁ EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 7 DEL CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE EL GOBIERNO DE CANADÁ Y EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Name of worker - Nom du travailleur - Nombre del trabajador	Canadian Social Insurance Number - Numéro d'assurance sociale au Canada - Número de seguro social canadiense
Address - Adresse - Dirección	Date of birth - Date de naissance - Fecha de nacimiento
	Citizenship - Nationalité - Nacionalidad
Name of employer in Canada - Nom de l'employeur au Canada - Nombre o razón social del empleador en Canadá	Date of hire - Date d'embauche - Fecha de contratación
	Business Number in Canada - Numéro d'entreprise au Canada - Número de la empresa en Canadá RP
Address in Canada - Adresse au Canada - Dirección en Canadá	
Name and address of the business where the worker will be working in the foreign country - Nom et adresse de l'entreprise où le travailleur travaillera dans le pays étranger - Nombre y dirección en el país donde el trabajador trabajará	
INITIAL DETACHMENT DÉTACHEMENT INITIAL AFECTACIÓN INICIAL	EXTENSION DÉTACHEMENT PROLONGÉ PROLONGACIÓN
Expected period of initial detachment will not exceed 36 months. Durée prévue du détachement initial n'excédera pas de 36 mois. El período previsto de afectación inicial no excederá de 36 meses.	Expected period of extended detachment will not exceed 24 months (for extensions also indicate date of initial detachment) Durée prévue du détachement prolongé n'excédera pas de 24 mois (pour les prolongations, indiquer les dates du détachement initial) El período previsto de prolongación de la afectación no excederá de 24 meses (para prolongaciones, indicar también las fechas de la afectación inicial).
_____ from - du - del	_____ to - au - al
I hereby certify that, to the best of my knowledge, the information contained in this request is accurate and complete.	Par la présente, j'atteste qu'au meilleur de mes connaissances, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets.
_____	_____
Print name of authorized officer - Nom de la personne autorisée en lettres moulées	Authorized signing officer - Personne autorisée - Funcionario autorizado
_____	_____
Telephone - Téléphone - Teléfono	Date - Fecha

**CERTIFICATE
OF COVERAGE**

CANADA CUSTOMS AND REVENUE AGENCY

The worker named above is subject to the coverage provisions of the Canada Pension Plan and exempt from Uruguay's laws regarding social security by virtue of Article 7 of the agreement during the period.

**CERTIFICAT
D'ASSUJETTISSEMENT**

**AGENCE DES DOUANES ET DU REVENU DU
CANADA**

Le travailleur susmentionné est assujéti aux dispositions de participation du Régime de pensions du Canada et exempté des lois de l'Uruguay concernant la sécurité sociale en vertu de l'article 7 de l'accord pendant la période.

**CERTIFICADO DE
COBERTURA**

**AGENCIA CANADIENSE DE ADUANAS Y
ADMINISTRACION TRIBUTARIA**

El trabajador antes mencionado está sujeto a las disposiciones de cobertura del Plan de Pensiones de Canadá y exento de las leyes de Uruguay en lo que concierne a la seguridad social en virtud del artículo 7 del convenio durante el período.

from - du - del

to - au - al

Authorized officer of CCRA - Agent autorisé de l'ADRC - Funcionario autorizado de la ACAAT

Date - Fecha