



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**PLAN DE CELIAQUÍA**

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

El que suscribe.....

DNI N°....., agente de la Facultad/Instituto  
 ....., se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, con el  
 objeto de solicitar se lo incluya dentro del Plan de Cobertura asistencial para celíacos, establecido por  
 Disposición N° 1095/12, cuyos términos y alcance declaro conocer, a  
 .....(afiliado titular/adherente), para lo cual  
 acompaño:

- a) Historia clínica donde se fundamente la necesidad del tratamiento para celíacos.**
- b) Fotocopia de los estudios de laboratorio de anticuerpos específicos en sangre.**
- c) Fotocopia de biopsia intestinal.**

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

DOMICILIO:.....

CUIT/CUIL N°.....

TELEFONO/CELULAR:.....

OBSERVACIONES:.....

**Firma del afiliado titular**

INFORME N°.....

Expte.N°.....

TITULAR:.....DNI N°.....

CARGO:.....DEDICACION:.....

VENCIMIENTO:.....INST/FAC.:.....

BENEFICIARIO:.....DNI N°.....



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**Dpto. de Registros y Afiliaciones:**

Corrientes...../...../.....

**Firma Responsable**

**Informe de Auditoría Médica**.....de.....de.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Asesor Médico**

**Delegada Rectoral:** Se toma conocimiento y autoriza la inclusión de.....  
en el Plan de Celiaquía dispuesto por Resol.1095/12.

**Firma Delegada Rectoral**

**Despacho** En la fecha se dicta Disposición N°.....y se incluye a.....  
en el Plan de Celiaquía.

Fecha\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma Responsable**

**Dpto. Registro y Afiliaciones** En la fecha se carga en sistema el alta respectivo conforme a  
Disposición N°.....siga a MESA para su archivo.

Fecha\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma Responsable**

**M.E.S.A.**.....de.....de.....

Se procede al archivo al archivo del presente expte.

**Firma Responsable**