



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

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
acompañó:

- 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



Las Malvinas son argentinas
 - 40 AÑOS -

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