



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

**AFILIADO/A TITULAR**  
**Solicito incorporación como afiliado titular**

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

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

De mi consideración:

\*APELLIDO/S:.....

\*NOMBRE/S:.....

\*CUIL:.....\*FECHA DE NACIMIENTO:.....

\*DOMICILIO REAL:.....

\*DOMICILIO ESPECIAL:.....

(DONDE DESEO RECIBIR LA CORRESPONDENCIA)

\*TELÉFONO:.....\*CELULAR/ES:.....

\*CORREO ELECTRÓNICO:.....

\*ESTADO CIVIL:.....

\*LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIOS:.....

\*DOMICILIO DE PRESTACION DE SERVICIOS:.....

\*TELÉONO.....\*INTERNO:.....

Se dirige a Ud. a fin de solicitar su afiliación como **TITULAR BENEFICIARIO/A al ISSUNNE.**

SI/NO poseo cobertura de obra social (En el caso de poseer, indicar el nombre de la institución.....)

Autorizo a debitar de mis haberes el 4% de la remuneración que percibo como agente de la U.N.N.E. en concepto de aporte al I.S.S.U.N.N.E., como así también los importes que pudieren corresponder en concepto de coseguros por la utilización de los servicios que brinda esta institución.



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

A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución C.S. N° 965/11 y demás reglamentaciones vigentes, adjunto la siguiente documentación:

1. Copia certificada, por la autoridad correspondiente, de la Resolución de designación con número de Legajo.
2. Fotocopia del D.N.I. (con su original para autenticar).
3. Constancia escrita del N° de CUIL.
4. Constancia, certificada por el Departamento de Personal del Instituto/Facultad, que acredita que me encuentro en actividad y percibiendo haberes regularmente.
5. Como beneficiario de obra social acompaño constancia que así lo acreditan:

.....  
(Anular este espacio si no se agrega otra documentación).

Dejo constancia que lo declarado es fiel reflejo de la verdad y que ante la omisión y/o falseamiento de datos/documentación, el I.S.S.U.N.N.E. se reserva el derecho de denegar y/o suspender la afiliación solicitada, quedando sujeto a las consecuencias legales que pudiere corresponder.

Estoy en conocimiento que la Asistente Social del ISSUNNE podrá verificar la convivencia in situ sin previo aviso.

Asimismo declaro conocer lo preceptuado en la Ordenanza vigente N° 076/99 ART. 11: **“Los afiliados gozarán efectivamente de los servicios, después de transcurridos tres meses de su alta, conforme las disposiciones del artículo anterior y se extenderá hasta tres meses después de operada su baja.”**

Saludo a Ud. atte.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**Los datos solicitados que poseen (\*) deberán ser rellenados correctamente**

**Para completar por personal del I.S.S.U.N.N.E.**

OBSERVACIONES:.....

**Controló la documentación presentada:** Fecha:            /            /            . Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO