



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

CONVIVIENTE

Solicito incorporación como beneficiarios adherentes

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)

TELEFONO:.....CELULAR/ES:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIOS:.....

DOMICILIO DE PRESTACION DE SERVICIOS:.....

TELEFONO.....INTERNO:.....

Quien suscribe, en carácter de AFILIADO TITULAR docente / no docente, me dirijo a Ud. a fin de solicitar la adhesión de:

Nombre/s y Apellido/s:.....CUIL:.....

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Obra social:.....

Celular:.....

SI/NO convivimos en forma permanente y estable haciendo una vida marital desde hace más de 2 (dos) años.

SI/NO tenemos un hijo en común reconocido por ambos.



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
 - 40 AÑOS -

Declaro bajo juramento que la persona cuya adhesión solicito SI/NO cobertura social (En caso de poseer indicar nombre de la institución.....)

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

1. Fotocopia del D.N.I. del titular y conviviente (con su original para autenticar). Ambos con el mismo domicilio.
2. Constancia escrita del N° de CUIL.
3. Fotocopia certificada, por Juzgado, de la sentencia judicial dictada en la información sumaria y/o acta de convivencia otorgada por el Registro Civil.
4. Partida de nacimiento del hijo en común, actualizada y legalizada, expedida por el Registro Civil.
5. Como beneficiario/s de otra/s obra/s social/es acompaño la/s constancia/s que así lo acredita/n:.....
6. Otra documentación:.....

(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 Afiliado Titular

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

OBSERVACIONES:.....

Controló la documentación presentada: Fecha: / / . Hora: _____

 Firma y Sello



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

V° B° DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la
Resol. 965/11(Art 12 Inc “B” Item 1 f), **con/sin carencia de servicios.** (Art 11 Resolución 076/99).

Por Dpto. Registros y Afiliaciones procedase a dar el alta correspondiente y a sistematizar la
información en base de datos. Notifíquese al interesado y cumplido, archívese.

El presente expediente consta de..... (.....) fojas útiles.

Ctes...../...../20.....