



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

AFILIACIÓN FAMILIAR INTEGRADO

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 como INTEGRADO de:

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

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

Celular:.....

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

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

Celular:.....

Asimismo que la falta **de autorización de la consulta y/o práctica médica impedirá la prestación de servicios por parte de este instituto.**



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

El/la Sr./a.....DNI.....
con domicilio en.....de la ciudad
de.....se constituye en garante SOLIDARIO de las obligaciones,
que por este acto asumo.

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 DNI del familiar (con su original para autenticar) y Constancia escrita de CUIL del mismo.
2. Fotocopia del DNI del garante (con su original para autenticar o bien certificada por autoridad competente).
3. Partida/s de Nacimiento/Matrimonio actualizada, legalizada por el Registro Civil o certificada por escribano público acreditando el parentesco entre el titular y las personas a incorporar como afiliados integrados.
4. Documentación tendiente a acreditar la solvencia del garante (fotocopia del recibo de sueldo certificada por autoridad competente.)
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 del Garante

Firma del Solicitante



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

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

OBSERVACIONES:.....

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

 Firma y Sello

V° B° DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la
 Resol. 965/11(Art 12 Inc “C” 1), **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.....

.....
 Firma y sello



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

RECONOCIMIENTO DE DEUDA Y COMPROMISO DE PAGO

---El que suscribe.....M.I.Nª.....
Constituyendo domicilio real en..... de la
ciudad de....., por este acto reconoce y se compromete a abonar al Instituto de
Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste los Aportes – en el caso que
correspondiera y en los porcentajes que se fijen-, y las deudas que hubiere contraído con esta como
consecuencia del uso de los Servicios Sociales que la misma le hubiere prestado en mi carácter de
titular y a mi grupo familiar a
cargo:.....
.....

---La deuda que por el presente se reconoce y cuyo compromiso de pago asume, se abonará conforme
a la liquidación que practique el I.S.S.U.N.N.E. y en las condiciones de pago que esta determine,
sometiéndome desde ya a las reglamentaciones vigentes y a las que se dicten mientras se mantenga
la relación de la afiliación concedida. –Asimismo manifiesto expresamente mi conformidad de que
en caso que la deuda contraída, y a que se refiere la presente, deba ser objeto de cobro judicial, se
utilice a tal fin el procedimiento del juicio ejecutivo que establece el CPCCN sometiendo a la
jurisdicción del Juzgado Federal con asiento en la ciudad de.....,constituyendo a tal efecto
domicilio legal en el citado precedente, en el que serán válidas todas las notificaciones y/o
intimaciones que se efectúen con motivo del presente documento de reconocimiento de deuda y
compromiso de pago.

---Suscribo el presente por ante funcionario competente, que certifica la autenticidad de la misma, y
a tal efecto lo manifiesta y suscribe, uno el original para el I.S.S.U.N.N.E. y el duplicado para el
suscripto.- También lo hace el
señor/a.....M.I.Nª.....
Con domicilio real en..... En
carácter de fiador solidario, quien asume responsabilidad directa del cumplimiento de todas las
obligaciones emergentes del presente documento.

---A los efectos consignados se suscribe el presente en la ciudad de.....
A los..... del mes de..... de 20.....

Firma del garante Firma del solicitante

DPTO. FINANCIERO CERTIFICA: que las firmas que anteceden corresponden a los

Sr/a..... y Sr/a.....

Y que las mismas han sido puestas en mi presencia.

Límite de crédito del solicitante \$.....

Límite de crédito del garante \$.....

.....de.....de.....