



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

HIJOS SOLTEROS CON DISCAPACIDAD
Solicito incorporación como beneficiario adherente del ISSUNNE

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S _____ / _____ D:

De mi consideración:.....CUIL.....
con domicilio real en.....de la ciudad
de.....y constituyendo el especial ende
la ciudad de..... en mi condición de AFILIADO TITULAR, docente / no
docente (tachar lo que no corresponda) con prestación de servicios en la
Facultad/Instituto.....TEL.....Interno..... Domicilio del
lugar de Prestación de servicios:.....

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar la afiliación como ADHERENTES de mis hijos/as:

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

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

Apellido/s yNombre/s.....CUIL.....

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

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

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

Declaro bajo juramento que los mismos SI/NO poseen cobertura social

Mis hijos están solteros y padecen discapacidad en los términos de ley conforme lo exige el art. 12, inc. c) de la Resolución C.S. N°965/11.

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/s certificada/s de la/s partida/s de nacimiento de mi/s hijo/s actualizada y legalizada expedida por el Registro Civil o escribano público.



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales



Las Malvinas son argentinas
- 40 AÑOS -

2. Fotocopia del certificado/s de Discapacidad expedido/s en los términos de la Ley N° 22431 y 24901 art. 3. (con código de barra.).Otros certificados válidos y vigentes deberán venir certificados por escribano público y/o entidad emisora.

3. Fotocopia/s de DNI de mi/s hijo/s. (traer original para certificar)

4. Como beneficiario/s de otra/s obra/s social/es acompaño constancia/s que así lo acredita/n.....

5. Constancia de CUIL.

6. Otra documentación:.....

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

Acepto los términos de las normativas vigentes al efecto en ISSUNNE y asumo el compromiso de comunicar inmediatamente cualquier modificación de los datos declarados. 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.

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. Att

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

Vº Bº DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la Resol. 965/11(Art 12 Inc “B” Item 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.....