



Universidad Nacional del Nordeste

## **AGENTE CON LICENCIA SIN GOCE DE HABERES**

**SOLICITO INCORPORACION COMO BENEFICIARIO ADHERENTE DEL I.S.S.U.N.N.E.**

Corrientes,.....de.....de.....

Señora

Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E.

Dra. María Mercedes González

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

De mi consideración: Quien suscribe.....  
..... CUIL:.....con domicilio real en .....de  
la ciudad de.....y constituyendo el especial en .....de la  
ciudad de ..... en mi condición de docente / no docente (tachar lo que no corresponda)  
con **licencia sin goce de haberes**, me dirijo a Ud. a fin de solicitar la adhesión como beneficiario/a del  
I.S.S.U.N.N.E. que me permitan contar con los servicios de salud que brinda ese instituto.

Declaro bajo juramento SI /NO poseer cobertura médico-asistencial (indicar tipo e  
institución):.....

Asimismo me obligo a realizar el **pago del aporte mensual por trimestre adelantado** en dependencias  
de ese instituto, y a presentar en los meses de JUNIO y DICIEMBRE de cada año constancia de la U.N.N.E.  
donde se acredite cual sería el monto a percibir en concepto de haberes si estuviera en actividad.

Estoy en conocimiento que la falta de pago implicará la inmediata suspensión de cualquier cobertura por  
parte del ISSUNNE y que el restablecimiento de los servicios, previa solicitud expresa, fijará un período de  
carenia. Acepto los términos de la reglamentación y demás normativas vigentes en ISSUNNE, y asumo el  
compromiso de comunicar inmediatamente cualquier modificación de los datos declarados

Declaro bajo juramento SI/NO poseer cobertura médico- asistencial  
con.....

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

1. Fotocopia de DNI (traer original para certificar).
2. Fotocopia certificada por autoridad competente del acto administrativo que dispuso la licencia sin goce de haberes como personal docente o no docente de la U.N.N.E.
3. Fotocopia certificada por autoridad competente del último recibo de haber, a fin de determinar el aporte mensual obligatorio.

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

5. Otra documentación:.....

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

6. 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. atte.

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante

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

OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Vº Bº DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la Resol. 965/11(Art 12 Inc “B” Item 3), **con/sin carencia de servicios.**(Art 11 Resolución 076/99).

Por Dpto. Registros y Afiliaciones procédase 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...



Universidad Nacional del Nordeste



**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 abonara  
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 sometiéndome  
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  
validas 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.

Limite de crédito del solicitante \$.....

Limite de crédito del garante \$.....

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