



Universidad Nacional del Nordeste

CÓNYUGE

SOLICITO INCORPORACION COMO BENEFICIARIO ADHERENTE

.....,.....de.....de.....

Señora

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

Dra. María Mercedes González

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:.....

en mi condición de AFILIADO TITULAR, docente / no docente (tachar lo que no corresponda), me dirijo a Ud. a fin de solicitar la adhesión de mi cónyuge:

APELLIDO/S:.....

NOMBRE/S:.....

CUIL:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

CELULAR N°.....

SI/NO posee cobertura de obra 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 la siguiente documentación:

1. Fotocopia del D.N.I. del cónyuge (con su original para autenticar).
2. Constancia escrita del N° de CUIL del cónyuge.
3. Partida de Matrimonio, actualizada y legalizada, expedida por el Registro Civil.
4. Como beneficiario/a de otra/s obra/s social/es acompaño la/s constancia/s que así lo acredita/n:.....
5. 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 pudieren 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 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 debajo los términos de la Resol 965/11 (Art 12 Inc “B” Item 1 e), **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....