



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

AFILIACION FAMILIAR INTEGRADO

.....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 SERVICIO:.....

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

en mi condición de AFILIADO TITULAR, docente / no docente, me dirijo a Ud. a fin de solicitar la afiliación como INTEGRADO de:

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

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

Telefono Fijo:.....Celular:.....

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

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

Telefono Fijo:.....Celular:.....

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

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

Telefono Fijo:..... Celular:.....

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

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 beneficiarios/as de otras obras sociales acompaño las constancias que así lo acreditan.....
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.

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

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 Resolución 965/11 al (Art. 12º Inc “C” 1) **con/sin carencia de servicios**. (Art 11 Resolución 076/99).

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

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

Ctes...../...../201

.....
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 del la Universidad Nacional del Nordeste los Aportes –
 en el caso que correspondiera y en los porcentajes que se fijan-, 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.....