



Universidad Nacional del Nordeste

## **HIJOS SOLTEROS CON DISCAPACIDAD**

**SOLICITO INCORPORACION COMO BENEFICIARIOS ADHERENTES DEL I.S.S.U.N.N.E.**

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

Señora

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

Dra. María Mercedes González

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

De mi consideración:

.....CUIL.....con  
domicilio real en.....de la ciudad de.....  
.....y constituyendo el especial en .....de 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 Prestacion de servicios:.....

.me dirijo a Ud. a fin de solicitar la afiliación como ADHERENTE de mis hijos/as:

Apellido/s yNombre/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.

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. Atte

\_\_\_\_\_

Firma del 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 1 c) **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....

