



Universidad Nacional del Nordeste

HIJOS SOLTEROS HASTA 21 AÑOS
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 del lugar de Prestación de Servicios:.....

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

en mi condición de AFILIADO TITULAR docente / no docente, me dirijo a Ud. a fin de solicitar la adhesión de mis hijos/as menores de 21 años, como beneficiarios/as del I.S.S.U.N.N.E.:

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

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

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

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

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

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

Declaro bajo juramento que mis hijos/as se encuentran solteros/as, no ejercen actividad profesional, comercial ni laboral rentada conforme lo exige el art. 12 inc. a) 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. Partida de Nacimiento actualizada y legalizada, expedida por el Registro Civil ó certificada por escribano público, de mi/s hijo/s.
2. Fotocopias de los D.N.I. de los hijos (con su original para autenticar).
3. Constancia escrita del N° de CUIL del beneficiario
4. Como beneficiario/s 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 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 Titular

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

OBSERVACIONES:

Controló la documentación presentada: Fecha: / / /. Hora: ____

Firma y Sello

V° B° DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la Resol 965/11 (Art 12 Inc “B” Item 1 a) **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...