



Universidad Nacional del Nordeste
 Instituto de Servicios Sociales

COMPENSACIÓN POR ENFERMEDAD TEMPORAL QUE GENERE MINUSVALIA
TOTAL (Resol. 258/14)

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

Señora
 Delegada Rectoral del ISSUNNE
 Dra. María Mercedes González
 S _____ / _____ D:

El/la que suscribe.....

CUIL/CUIT N°.....agente que presta servicios en la Facultad
 Instituto.....,se dirige a Ud. con el objeto de solicitar se le
 otorgue la COMPENSACION POR ENFERMEDAD TEMPORAL establecida por Resolución
 258/14 para.....(esposa/hijo) conforme a la documentación
 que acompaña:

- a) Historia Clínica actualizada
- b) Fotocopias de estudios realizados

Declaro conocer lo preceptuado en la Resolución arriba
 mencionada:”**Ante cualquier circunstancia que altere las condiciones de otorgamiento de
 la presente compensación, me comprometo a comunicarlo en tiempo y forma al
 I.S.S.U.N.N.E, caso contrario el mismo generará cargo de lo percibido en más por tal
 concepto en mi ficha cuenta.**”

Sin otro particular saludo muy atentamente.-

Domicilio:.....TEL.....
 Email:.....

Firma afiliado titular/representante legal

En la fecha se adjunta constancia de afiliación.
 Corrientes, de de 201

Firma Responsable

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

INFORME ASESORIA MÉDICA

Firma Asesor Médico

INFORME ASISTENTE SOCIAL: (Ver en fjs.....)

Dirección de SERVICIOS SOCIALES.....de.....de.....
En la fecha se adjunta la documental pertinente y se eleva a la señora Delegada Rectoral para su tratamiento en el Consejo de ISSUNNE.

Firma Responsable

En la fecha se adjunta copia de la Disposición del Consejo ISSUNNE N°.....Siga al Dpto Registros y Afiliaciones para que tome nota y notifique al afiliado.
Coordinación Administrativa de de 201

Firma Responsable

Dpto Registros y Afiliaciones toma nota y procede a notificar/ enviar fotocopia de la Disposición N°.....al afiliado en el domicilio declarado. Ctes..... /..... /.....

Firma del Responsable

Dirección de GESTION ADMINISTRATIVA:.....de.....de.....
Visto la Resolución del Consejo ISSUNNE, pase al Dpto Contable para el preventivo correspondiente

Firma del Responsable

Departamento Contable.....de.....de 201
En la fecha se adjunta el preventivo correspondiente.

Firma del Responsable

Tesorería...../...../.....
En la fecha se efectuó el depósito correspondiente. Siga a Mesa a sus efectos.

Firma del Responsable

MESA...../...../.....
En la fecha se procede al archivo de estas actuaciones.

Firma del Responsable