



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

COMPENSACIÓN POR DERIVACION
-Delegaciones del Interior-

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

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

El/la que suscribe.....

CUIL/CUIT N°.....afiliado N°.....agente que presta servicios en.....con una antigüedad de.....años, se dirige a Ud. con el objeto de solicitar se autorice el reintegro de gastos por Derivación médica a Centro de Mayor Complejidad en.....establecido por la Resolución 249/03 a favor de mi esposa/hijo.....conforme a la documentación que acompaña:

- a) Certificado del médico tratante puntualizando la necesidad que motiva el pedido del traslado al Centro Especializado e historia clínica y/o comprobante del turno consultorios propios.
- b) Constancia médica de atención efectiva
- c) Comprobante de gastos realizados (pasajes, Ticket peaje y nafta)

Dejo constancia que trabajo como.....y que he recibido y comprendido las instrucciones escritas referentes a la documentación que debo presentar a sus efectos.

Para el caso de poseer saldo deudor por servicios de salud:

AUTORIZO al ISSUNNE a acreditar el monto del presente reintegro de gastos en mi ficha cuenta

Sin otro particular saludo muy atentamente.-

Domicilio:.....TEL/CEL.....

Domicilio electrónico:.....

Firma del afiliado titular

CORRIENTES,.....de.....de.....
DPTO. REGISTROS CLASIF. Y COMPUTOS, informa que los datos consignados precedentemente son los declarados por el titular en la documentación de afiliación obrante en éste sector.-

Cargo/s:.....

Vencimiento:.....

.....
Dpto. Reg. Clasif. Y Cómputos