



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

**ATENCIÓN: PRESENTAR CON
72 HS. DE ANTICIPACION**

SERVICIO DE RECIPROCIDAD

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

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

EL/la que suscribe solicita a Ud. quiera tener a bien gestionar ante la Universidad Nacional de ***(1)**.....la pertinente autorización para utilizar el **SERVICIO DE RECIPROCIDAD**, conforme al detalle que más abajo se consigna. A los efectos que hubiere lugar deja constancia que son de su conocimiento las disposiciones que reglamentan el aludido servicio y que asume por la presente formal compromiso de pago en las condiciones que se establezcan, de las deudas que por tal concepto contraiga con la Institución.-

***(1) Universidad de destino**

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO OBLIGATORIO:.....

.....**ANTIGUEDAD:**..... **DNI N°**.....

INSTITUTO DONDE PRESTA SERVICIOS.....

NO DOCENTE (PLANTA PERMANENTE / CONTRATADO) DOCENTE P/ CONCURSO: SI/NO

DESIGNADO HASTA EL:...../...../.....**Declaro trabajar.....horas semanales en la UNNE.**

FAMILIARES A CARGO	DOCUMENTO	PARENTESCO
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

A los efectos que hubiere lugar hace saber que estima viajar el día...../...../..... siendo su domicilio....
.....y N° de TE.....de la localidad de.....

COMPROMISO DE PAGO DE DEUDA:

-----Por la presente me notifico que el Instituto de Servicios Sociales UNNE en todos los casos reconocerá las prestaciones de los servicios de salud sobre la base de aranceles propios ISSUNNE y/o COSUN (Resol. N°315 C.A/91) por lo que toda diferencia en el costo de los mismos será cargada en mi ficha cuenta y la abonaré en la forma y condiciones que establezca el I.S.S.U.N.N.E.-

NOTA: En caso de patología crónica y/o derivación por prácticas que no se realicen en la región, presentaré **historia clínica.**

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

RESERVADO PARA EL I.S.S.U.N.N.E.

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

DPTO. REGISTROS, CLAS.Y COMPUTOS, informa que le recurrente SI / NO es afiliado al ISSUNNE, carnet n°.....y que sus familiares SI / NO son afiliados a este Instituto. Conste.-

OBSERVACIONES:

Firma del Responsable

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

DPTO. FINANCIERO: Limite de crédito disponible \$...... (Pesos:

OBSERVACIONES:

Firma del Responsable

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

COORDINACION DE PRESTACIONES DE SALUD, informa que ha confeccionado la Nota OSU..... en la que solicita la presentación del Servicio de Reciprocidad para el recurrente. Conste.-

Firma del Responsable

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

En la fecha, **Dpto. Servicios Sociales entrega al recurrente la Nota OSU** arriba mencionada, quién firma al pié de la presente de conformidad. Siga a M.E.S.A. para su archivo.-

Firma del Responsable

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

En el día de la fecha **recibo de conformidad la NOTA.....OSU.-**

Firma del Afiliado

SE ARCHIVO EL:...../...../.....

M.E.S.A.