



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

PLAN DE DIABETES

..... de..... de 20.....

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

El que suscribe

DNI N°, agente de la Facultad/Instituto

se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, con el objeto de solicitar se lo incluya dentro del Plan de Cobertura asistencial para diabéticos, establecido por Disposición N° 05/14, cuyos términos y alcance declaro conocer, a(afiliado titular/adherente), para lo cual acompaño:

- a) Historia clínica donde se fundamente la necesidad del tratamiento médico-farmacéutico para diabético y análisis de laboratorio (glucemia) que confirme el diagnóstico.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Domicilio:

CUIT/CUIL N°: **Email**.....

Teléfono/Celular:

OBSERVACIONES:

.....

Firma del afiliado titular

Dirección de Servicios Sociales:

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....

Corrientes...../...../.....

Firma del Responsable

Informe Auditoria Médica:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma Asesor Médico

Secretaria de Prestaciones de Salud.....de.....de.....
Se autoriza la inclusión de.....DNI N°.....
en el plan para diabéticos, conforme a lo establecido en la Disposición 5/14.

Secretaria de Prestaciones de Salud.

DEPTO. REGISTRO Y AFILIACIONES. En el día de la fecha se procede a incorporar al interesado al Plan de Diabéticos y a notificar al interesado. Fecha:/...../.....

Firma del Responsable

Se remite a **MESA** para su archivo.
Corrientes:...../...../.....

Firma del Responsable