

» Reempadronamiento al Instituto de Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste
DECLARACIÓN JURADA
LUGAR Y FECHA:
DATOS DEL TITULAR
APELLIDOS Y NOMBRES:
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** / / **EDAD:** _____ años

CUIL: _____ **ESTADO CIVIL:** _____ **SEXO:** M F

OTRAS COBERTURAS MÉDICO ASISTENCIALES
SI **¿CUÁLES?:**
NO
COBERTURAS ESPECIALES (tachar lo que NO corresponda): 1. Oncológico - 2. Diabetes - 3. Diálisis - 4. Materno - 5. Materno Infantil - 6. Discapacidad - 7. Otros: ¿Cuál?

CARGOS ACTUALES

CARGO	CONTRATADO	PLANTA PERMANENTE	CATEGORÍA	LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIO
	<input type="checkbox"/> Vto.	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Vto.	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Vto.	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Vto.	<input type="checkbox"/>		

DOMICILIOS - TELÉFONOS - CORREOS ELECTRÓNICOS

CALLE: _____ **N°** _____ **PISO:** _____ **DEPARTAMENTO:** _____
BARRIO: _____ **VIVIENDAS:** _____ **SECTOR:** _____ **GRUPO:** _____ **MANZANA:** _____ **MONOBLOCK:** _____ **PARCELA:** _____ **CASA:** _____
LOCALIDAD: _____ **PROVINCIA:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____
DOMICILIO LABORAL: _____
TEL. PARTICULARES: _____ **TEL. LUGAR DE TRABAJO:** _____ **CELULAR:** _____
CORREOS ELECTRÓNICOS: _____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR E INTEGRADOS A CARGO EN ISSUNNE

N°	APELLIDO Y NOMBRES	VÍNCULO*	FECHA NACIMIENTO	CUIL	ESTADO CIVIL	SEXO	COBERTURA ESPECIAL*	OTRA COBERTURA MÉDICA SI/NO
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
1								

VÍNCULO* (colocar el número que corresponda): 1. Cónyuge - 2. Conviviente - 3. Hijo menor de 21 años - 4. Hijo de 21 a 25 años estudiante - 5. Menores bajo guarda o tutela - 6. Integrado (Integrantes del grupo familiar del afiliado titular que no se encuentren encuadrados como adherentes).

COBERTURAS ESPECIALES*: 1. Oncológico - 2. Diabetes - 3. Diálisis - 4. Materno - 5. Materno Infantil - 6. Discapacidad - 7. Otros: ¿Cuál?

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR:

La firma debe estamparla ante las autoridades del I.S.S.U.N.N.E. al momento de entregar este formulario o podrá remitir el formulario con firma certificada ante autoridad de la U.N.N.E. (Decano, Secretario, Jefe de Personal) o certificada por escribano público nacional u otra autoridad pública policial o judicial.

Certifico que la firma que antecede pertenece a:

DNI: _____ y que fue puesta en mi presencia.

LUGAR Y FECHA:
FIRMA:
ACLARACIÓN Y SELLO: