

**ATENCIÓN:**

**PRESENTAR CON 72 hs. DE ANTICIPACIÓN**

## SERVICIO DE RECIPROCIDAD

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

El/la que suscribe solicita a Ud. quiera tener a bien gestionar ante la  
Universidad Nacional de (colocar Universidad de  
destino).....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.-

**APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR:.....**

..... **CUIL N°.....**

**INSTITUTO DONDE PRESTA SERVICIOS.....**

*Marcar el cargo que corresponda*

- **NO DOCENTE..... VTO. DE CARGO...../...../.....**
- **DOCENTE.....VTO DE CARGO...../...../.....**

BENEFICIARIOS DEL SERVICIO	CUIL	PARENTESCO CON AFILIADO TITULAR
1)		
Celular/teléfono:	Estado Civil:	
2)		
Celular/teléfono:	Estado Civil:	
3)		
Celular/teléfono:	Estado Civil:	
4)		
Celular/teléfono:	Estado Civil:	
5)		
Celular/teléfono:	Estado Civil:	

A los efectos que hubiere lugar hace saber que estima viajar el día...../...../..... siendo su domicilio.....de la localidad..... teléfono..... y correo electrónico.....

**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 pie 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