



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

CONVIVIENTE

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S _____ / _____ D:

De mi consideración:

APELLIDO/S:.....

NOMBRE/S:.....

CUIL:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....

DOMICILIO REAL:.....

DOMICILIO ESPECIAL:.....

(DONDE DESEO RECIBIR LA CORRESPONDENCIA)

TELEFONO:.....CELULAR/ES:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

LUGAR DE PRESTACION DE SERVICIOS:.....

DOMICILIO DE PRESTACION DE SERVICIOS:.....

TELEFONO.....INTERNO:.....

Quien suscribe, en carácter de AFILIADO TITULAR docente / no docente, me dirijo a Ud. a fin de solicitar la incorporación con carácter de beneficiario ADHERENTE de:

Nombre/s y Apellido/s:.....CUIL:.....

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Celular:.....

DECLARACION JURADA

-Declaro bajo juramento que la persona cuya adhesión solicito **NO posee obra social ni cobertura médica pública o privada. Asumo el compromiso de comunicar inmediatamente cualquier modificación de los datos declarados.**

-Convivimos en forma permanente y estable haciendo vida marital desde hace más de 2 (dos) años.

-SI/NO tenemos un hijo en común reconocido por ambos.



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la **Resolución C.S. N°916/2023**, y demás reglamentaciones vigentes, adjunto:

1. Fotocopia de D.N.I. del titular y conviviente (con su original para autenticar). Ambos con el mismo domicilio.
2. Constancia escrita del N° de CUIL del beneficiario/a, siempre que no figure en el anverso del DNI
3. Fotocopia de la Sentencia Judicial dictada en información sumaria, certificada por Juzgado competente/ Acta de Unión Convivencial.
- 4-Partida de nacimiento de hijo/s en común expedida por el Registro Civil, actualizada y legalizada Dejo constancia que **lo declarado es fiel reflejo de la verdad** y que ante la **omisión y/o falseamiento** de datos/documentación, el I.S.S.U.N.N.E. **se reserva el derecho de denegar y/o suspender** la afiliación solicitada, quedando sujeto a las consecuencias legales que pudiere corresponder.

Estoy en conocimiento que la Asistente Social del ISSUNNE podrá verificar la convivencia in situ sin previo aviso.

Asimismo declaro conocer lo preceptuado en la Ordenanza vigente N° 076/99 ART. 11: **“Los afiliados gozarán efectivamente de los servicios, después de transcurridos tres meses de su alta, conforme las disposiciones del artículo anterior y se extenderá hasta tres meses después de operada su baja.”**

Saludo a Ud. atte.

Firma Afiliado Titular

Para completar por personal del I.S.S.U.N.N.E.

OBSERVACIONES:.....

Controló la documentación presentada: Fecha: / / . Hora: _____

Firma y Sello

V° B° DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Se **AUTORIZA** la afiliación de.....bajo los términos de la

Resolución N°916/23 (Art 12 Inc A-2 Item 1 f), con/sin carencia de servicios. (Art 11 Resolución 076/99).

Por Dpto. Registros y Afiliaciones procedase a dar el alta correspondiente y a sistematizar la información en base de datos.

El presente expediente consta de..... (.....) fojas útiles.

Ctes...../...../20.....