

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

**30 años**

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

## CÓNYUGE

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocio 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:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

LUGAR 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 **adhesión de mí cónyuge:**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Celular:.....

### DECLARACION JURADA

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

A fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la **Resolución C.S. N°916/23 (Art 12 Inc A-2 Item 1 e)**, y demás reglamentaciones vigentes, adjunto:

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

**30 años**

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

1. Fotocopia del D.N.I. del cónyuge (con su original para autenticar).
2. Constancia escrita del N° de CUIL cónyuge, siempre que no figure en el anverso del DNI
3. Partida de Matrimonio, actualizada y legalizada, expedida por el Registro Civil.
5. Otra documentación:.....  
(Anular este espacio si no se agrega otra documentación).

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.

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

**Vº Bº DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

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

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