



## HIJOS SOLTEROS CON DISCAPACIDAD

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

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

De mi consideración:.....CUIL.....  
con domicilio real en.....de la ciudad  
de.....y constituyendo el especial en .....de  
la ciudad de..... en mi condición de AFILIADO TITULAR, docente / no docente con  
prestación de servicios en la  
Facultad/Instituto.....TEL.....Interno.....,me  
dirijo a Ud. a fin de solicitar la afiliación como ADHERENTES de mi/s hijos/as conforme a lo  
establecido en la **Resolución 916/23 Art 12 Inc A-2 Item c):**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que la/s persona/s 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.**

Mi/s hijo/s está/n soltero/s y padece/n discapacidad en los términos de ley conforme lo exige el **Art. 12 de la Resolución C.S. N°916/23.**

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

1. Fotocopia/s certificada/s de la/s partida/s de nacimiento de mi/s hijo/s actualizada y legalizada expedida por el Registro Civil o escribano público.
2. Fotocopia del Certificado Unico de Discapacidad (CUD) expedido/s en los términos de Resolución 675/09 modificatoria de la Ley N° 22431
3. Fotocopia/s de DNI de mi/s hijo/s. (traer original para certificar)



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

**30 años**

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

5. Constancia de CUIL escrita, si no figura en el anverso del DNI

6. 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. 916/23 (Art 12 Inc A-2 Item 1c), 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. Notifíquese al interesado y cumplido, archívese.

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

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