

AFILIADO FAMILIAR A CARGO

Cónyuge Hijo Hijo en Guarda Concubinatos

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y su presentación implica el conocimiento de las reglamentaciones vigentes. Los casilleros grisados son de uso exclusivo de la OSUNL.

Datos del afiliado Titular

Apellido

Nombres

Tipo y N° de Documento - (DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

Datos del familiar a cargo

Apellido

Nombres

Tipo y N° de Documento - CUIL

Fecha Nacimiento / / Sexo Estado civil Nacionalidad

Domicilio

Calle N° Piso Dto.

Localidad Provincia

C.P. Teléfono Celular

(en lo posible la nueva codificación)

Email Grupo sanguíneo RH

Nivel de Instrucción Ninguno Primario Incompleto Secundario Incompleto Terciario Incompleto Universitario Incompleto
Completo Completo Completo Completo

Discapacidad Si No Tipo

Patologías preexistentes Oncológica Otra
Diabetes

¿Consumo medicamentos en forma permanente? Si No Tipo y cantidad

Otras obras sociales Código

Fondo Especial de Subsidios

Si No Deseo asociarlo o continuarlo asociado al Fondo Especial de Subsidios

Firma Afiliado Titular

Fecha de recepción

V° B° y Carga

Fecha Firma

Sello

Cuota a pagar