

AFILIADO HIJO ESTUDIANTE

La presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada y su presentación implica el conocimiento de las reglamentaciones vigentes. El carácter de afiliado hijo estudiante se perderá al cumplir 26 años, al finalizar los estudios o al contraer matrimonio. Los casilleros grisados son de uso exclusivo de la OSUNL.

Datos del afiliado Titular

Apellido

Nombres

Tipo y Nº de Documento -
(DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

Datos del familiar a cargo

Apellido

Nombres

Tipo y Nº de Documento -
(DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

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
 Primario Completo Secundario Completo Terciario Completo Universitario Completo

Discapacidad Si No Tipo

Patologías preexistentes Oncológica Otra Diabetes

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

Otras obras sociales Código

Establecimiento en el que cursa sus estudios

Nivel Carrera

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 <input type="text"/> Firma <input type="text"/> Sello <input type="text"/>
		Cuota a pagar <input type="text"/>