

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 TitularApellido Nombres Tipo y Nº de Documento - Nº de afiliado

(DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

Datos del familiar a cargoNº de afiliado

Apellido

Nombres

Tipo y Nº de Documento

(DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

CUIL

Fecha Nacimiento / /

Sexo (M/F)

Estado civil

Nacionalidad

Domicilio

Calle

 Nº

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* *Tipo*
No Patologías preexistentes *Oncológica* *Otra*
Diabetes ¿Consumo medicamentos en forma permanente? *Si* *Tipo y cantidad*
No

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 SubsidiosFirma Afiliado Titular

Fecha de recepción

V° B° y Carga

Fecha
Sello

Firma

Cuota a pagar