

AFILIADO TITULAR ACTIVO UNL Docente UNL No Docente UNL Autoridad Superior UTN LT 10 OSUNL

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.

N° de afiliado **Datos del afiliado**Apellido Nombres Tipo y N° de Documento - CUIL

(DNI, LE, LC, CI, etc.)

Fecha Nacimiento / / Sexo Estado civil Nacionalidad

(DD/MM/AAAA)

(M/F)

DomicilioCalle 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 ¿Consume medicamentos en forma permanente? Si No Tipo y cantidad Otras obras sociales Código **Fondo Especial de Subsidios**Si No Deseo asociarme o continuar asociado al Fondo Especial de SubsidiosBeneficiario subsidio por fallecimiento Apellido y Nombres Tipo y N° de documento

Firma Afiliado

Fecha de recepción

V° B° y Carga
Fecha Sello
Firma