

AFILIADO FAMILIAR ADHERENTE

 Hijo/a Nieto/a Hermano/a

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 - 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
 Completo Completo Completo Completo

 Discapacidad Si No Tipo

 Patologías preexistentes Oncológica Otra
 Diabetes

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

 Otras obras sociales

 Presenta constancia de ANSES y/u organismo pertinente:

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.

Firma Afiliado Titular

V° B° Afiliaciones Fecha Firma Carencia (de acuerdo al aporte) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de recepción

Aprobación ad Referéndum Fecha Firma Carencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ratificación Consejo Directivo Fecha Reunión Carencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>