

AFILIADO FAMILIAR A CARGO Cónyuge Hijo Hijo en Guarda

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 TitularApellido Nombres Tipo y N° de Documento - N° de afiliado /

(DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

Datos del familiar a cargoN° de afiliado / Apellido Nombres Tipo y N° de Documento - CUIL

(DNI, LÉ, LC, CI, etc.)

Fecha Nacimiento / / Sexo Estado civil Nacionalidad

(DD/MM/AAAA)

(M/F)

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 ¿Consume 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
Sello

Firma

Cuota a pagar