

Ficha de afiliación con carácter de declaración jurada
(debe ser entregada en la oficina de cuentas corrientes de la OSUNL)

Declaro bajo juramento que la información consignada en esta solicitud es veraz y no he omitido ningún dato relevante de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, declaro conocer que cualquier omisión o falsedad se encuadraría en lo art. 8 inc. a) y b), del Estatuto nuestro cuerpo normativo, que reza lo siguiente: "Son causas de expulsión (para todos los beneficiarios): a) realizar voluntariamente un daño a la Institución u observar una conducta notoriamente perjudicial a los intereses sociales; b) Cometer actos de deshonestidad en perjuicio de la O.S.U.N.L."

Declaro, además el conocimiento de las reglamentaciones vigentes.

Por la presente solicito la afiliación en carácter de:
Afiliado Titular Activo UNL:

Carácter (señale)

Personal Docente de la UNL Personal No Docente de la UNL Personal de Gestión de la UNL

Datos personales

Apellido	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
D.N.I.	<input type="text"/>	Nº de afiliado	<input type="text"/>
C.U.I.L.	<input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Domicilio	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
Teléfono fijo	<input type="text"/>	Piso	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>		
Grupo Sanguíneo	<input type="text"/>	factor	<input type="checkbox"/>
		Dto.	<input type="text"/>
		Código Postal	<input type="text"/>
		celular	<input type="text"/>

Información de salud

Certificado de Discapacidad SI NO Fecha de vencimiento (Adjuntar copia)

Patologías preexistentes

Consumo medicamentos en forma permanente SI NO

Tipo y cantidad

Información laboral:

	principal	secundario
cargo		
dependencia		
situación de revista (1)		
fecha de ingreso		
fecha de finalización (2)		
dirección laboral		

(1) Permanente - contratado - interino

(2) Solo si corresponde

Otras coberturas de salud

Institución	N° afiliado	Carácter (oblig., adherente, voluntario)

Servicios complementarios y adicionales

Nombre	SI/NO	importante	observaciones
Fondo especial de subsidios (FES)		Ver reglamentación	
UNISEM Adicional		Ver cobertura	
Servicio de sepelio		Servicio prestado por Casa Rodriguez	
Cementerio privado		Servicio Siappa-Lar de Paz	
Seguro Colectivo adicional		SANCOR seguros de acuerdo al plan elegido	

Familiares a Cargo

Nombre	DNI	Parentesco	Fecha de nacimiento	FES	Servicios adicionales (SI/NO)			Otra cobertura de salud
					Unisem adicional	Serv. de sepelio	Cementerio privado	

Firma	Aclaración de firma (debe firmarse delante del personal de la Obra Social)	DNI	fecha
-------	---	-----	-------

Para uso interno Fecha de actualización ABM del Afiliado:	Firma personal OSUNL
--	----------------------