SOLICITUD DE PRESTACIONES POR DISCAPACIDAD PARA EL AÑO 2026

Titular: Nombre y apellido:
DNI:
Afiliado/a beneficiario: Nombre y apellido:
DNI:

Posee otra cobertura: si ☐ no ☐ **Cual?:**

En el siguiente cuadro se deben **resumir todas** las prestaciones requeridas para el año 2025.

prestación	**lunes**	**martes**	**miércoles**	**jueves**	**viernes**	Observaciones (uso interno)

Por el presente expreso el consentimiento del cronograma de prestaciones anuales:

_____
Firma, DNI y aclaración

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 el 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 OSUNL".
Declaro además el conocimiento de las reglamentaciones vigentes.