

## SOLICITUD de Afiliación y reafiliación

San Juan, ..... de ..... de .....

Señor  
Director de D.A.M.S.U.-SAN JUAN  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

De acuerdo a las disposiciones reglamentarias en vigencia, solicito a Ud. la afiliación / reafiliación a esa Dirección de Asistencia Médica Social Universitaria – D.A.M.S.U.-SAN JUAN, a cuyo efecto se aportan los datos exigidos.

<b>TITULAR:</b> Apellidos y nombres completos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tipo y N° Doc. Id.: _____ Estado Civil: _____ Domicilio: _____ Tel.: _____			
<b>Familiares:</b> (Únicamente cuando se hallen a cargo del titular)			
Parentesco	NOMBRE COMPLETO	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° Doc. Id.
Cónyuge	_____	_____	_____
Hijos:	1 _____	_____	_____
	2 _____	_____	_____
	3 _____	_____	_____
	4 _____	_____	_____
	5 _____	_____	_____
	6 _____	_____	_____
	7 _____	_____	_____
	8 _____	_____	_____

.....  
Firma del Solicitante

<b>Certificación de la Universidad Nacional de San Juan:</b> Nombre y Apellido del agente: _____ Dependencia: _____ Antigüedad: _____ Titularidad: (efectivo, interino o contratado) _____ Fecha vto.: _____ Resolución N°: _____ <p style="text-align: right;">..... Firma del Certificante</p>	
---	--

<b>Resolución del Director:</b> VISTA: la solicitud precedente y la documentación presentada a sus efectos, como así mismo la certificación de la U.N.S.J., acuérdase la afiliación / reafiliación del solicitante _____ _____ y de _____ San Juan, _____ de _____ de _____ <p style="text-align: right;">.....</p>
---