

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

San Juan, de de

Sr./a.
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
DE D.A.M.S.U. SAN JUAN
S _____ / _____ D

De conformidad a las disposiciones contractuales establecidas entre la Dirección de Asistencia Médica Social Universitaria – D.A.M.S.U.-SAN JUAN, y Obra Social, a cuyo efecto se aportan los siguientes datos exigidos:

TITULAR:

Apellido y Nombres:

Fecha de Nacimiento: / / Tipo y N° de Doc:

Estado Civil: Telef:

Domicilio:

FAMILIARES:

Parentesco	NOMBRE COMPLETO	Fecha de Nacimiento	Tipo y N° Doc. Id.
Cónyuge
Hijos:	1 2 3 4 5 6

.....
Firma del Solicitante

CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

Institución:

Apellido y Nombres:

Efectivo: Interino: Contratado:

Vto. De Designación: / /

San Juan, de de

.....
Firma y Sello Certificante

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA

Vista la solicitud precedente y la documentación presentada a sus efectos, acuérdesse la afiliación de:

.....
San Juan, de de

.....
Firma y Sello Certificante