



DAMSU
SAN JUAN

Dirección de Asistencia
Médica Social Universitaria

FICHA AFILIATORIA
ADHERENTE POR CONVENIO MUTUAL

afiliado	ag. de cta.

San Juan, de de 20.....

De acuerdo a las disposiciones reglamentarias en vigencia, solicito la afiliación a D.A.M.S.U. SAN JUAN, en carácter de Afiliado/a ADHERENTE POR CONVENIO, comprometiéndome a abonar las cuotas afiliatorias aceptando conocer el Reglamento pertinente.

Datos del/de la titular

Apellido y nombre completo:

DNI: Fecha de nac.: Estado civil:

Domicilio: calle: n°: orientación: piso: manzana:

localidad: departamento:

celular: e-mail:

Datos del Grupo familiar

Parentesco:	Nombre completo:	Fecha Nac:	DNI:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

El aporte al Fondo Especial Solidario (FES) será obligatorio para cualquiera de las distintas categorías adherentes.
Para más información ingresá en www.damsusanjuan.com.ar

 firma del /de la solicitante

CERTIFICACIÓN LABORAL

esta debe ser completada por personal de RRHH de la institución a la que pertenece

Apellido y nombre del agente:

Institución: Dependencia:

Titularidad: efectivo interino contrato: fecha de vto:

Resolución n°:

 firma del /de la certificante

PRESTACIONES

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

.....

.....

San Juan, de de 20.....

 firma de Prestaciones