



**DAMSU**  
SAN JUAN

Dirección de Asistencia  
Médica Social Universitaria

**FICHA AFILIATORIA  
OBLIGATORIO/A**

|          |             |
|----------|-------------|
| 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 OBLIGATORIO/A, 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. ....     | .....            | .....      | ..... |

Quedan adheridos al Fondo Especial Solidario (FES) desde su incorporación a la obra social.  
Para más información ingresá en [www.damsusanjuan.com.ar](http://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