

Solicito reconocimiento de gastos realizados, en virtud a lo dispuesto por la Resolución Nro. 25/22. Asimismo informo que los datos consignados en el formulario son veraces y revisten el carácter de Declaración Jurada.

• Datos personales del Titular (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Sexo D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

Estado civil Legajo Dependencia

Domicilio Calle N° Piso Depto.

C.P. Barrio Localidad Provincia

Teléfono Email

¿Acredita otra actividad laboral? SI NO de ser SI que otra/s Obra Social lo cubre

• Datos personales del familiar (no siendo el titular el beneficiario)

Apellido Nombre

Parentesco D.N.I. N° Fecha de Nacimiento Edad

Apellido Nombre

Parentesco D.N.I. N° Fecha de Nacimiento Edad

• Justifique brevemente el motivo de su pedido

.....

.....

IMPORTE SOLICITADO: \$ (PESOS)

• Informe Auditor Médico Regional

.....

¿ En conformidad? SI NO

.....
Firma y sello del profesional Auditor Médico

• Reservado para la repartición

Certifico que los datos consignados son exactos. Que ha percibido en forma regular hasta el / /

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del afiliado

.....
Aclaración