

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

SOLICITUD DESUNIFICACIÓN DE APORTES

SRES
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a fin de solicitar la desunificación de aportes entre cónyuges realizada en mes _____ del año _____ a través del Expte N° _____

El motivo de tal pedido es que _____

Por lo tanto solicito que mis aportes sean derivados a la Obra Social _____

que es la que me corresponde por actividad en la que me desempeño.

Firma _____ Aclaración _____

D.N.I. _____ Dirección _____ Tel _____

Adjunto:

- Fotocopia de DNI de ambos cónyuge.
- Certificación laboral extendida por el empleador actual.
- Anulación de la certificación de concubinato/sentencia de divorcio/telegrama de renuncia o despido.
- Certificado de vinculo de matrimonio o concubinato.