

<b>UGP:</b>

<b>SOLICITUD</b>										TEL.												FECHA DE PRESENTACIÓN		
ALTA	<input checked="" type="checkbox"/>	MODIF.	<input type="checkbox"/>	BAJA	<input type="checkbox"/>	E-MAIL																	20__	
Nº DE BENEFICIO										LEY APLI.		APELLIDO				NOMBRES								
		-		-																				
Nº CUIL						TIPO DOCUMENTO				SEXO				F.NACIMIENTO				ESTADO CIVIL						
		-																						
DOMICILIO						PARTIDO				LOCALIDAD				C.POSTAL				PROVINCIA						
Nº DE CUD				VENCIMIENTO		PACIENTE CRÓNICO		(POR SI): PATOLOGÍA																
						SI	NO																	

**Solicita la Afiliación / Baja de los siguientes familiares a su cargo:**

Nº	TIPO MOV.	Vinc c/titul	APELLIDO	NOMBRES	SEXO	F.NACIMIENTO			discapacidad		DNI O CUIL
						dia	mes	año	NO	SI	
1											
2											
3											
4											

**Datos adicionales sobre las personas a afiliar, por Nº de orden:**

Nº	convive		Si no convive con el titular, indicar domicilio/ localidad /provincia/Código Postal	OSBERVACIONES	Reservado para el personal de Dir. De Afiliaciones		
	si	no			SSS	Padón	OSC1
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALTA <input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MODIF <input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. El presente formulario reviste carácter de **Declaración Jurada**, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de Estafa y falsificación de documentos. 2. Los familiares a afiliar no son beneficiarios de ninguna Obra Social ni perciben beneficio previsional ó pensión no contributiva de ninguna naturaleza. 3. Notificaré en un plazo no mayor a diez (10) días cualquier circunstancia modificatoria de la situación que en este acto declaro.

-----  
Firma titular de PNC o Apoderado

-----  
Firma y sello de autoridad competente

Conste: Se ha verificado la correspondencia de fotocopias y originales por el agente afiliador. Sujeto a revisión y aprobación por ANDIS, Dirección de Afiliaciones de Incluir Salud.

**Firma y sello del agente receptor**

**DNASS-Dirección de Afiliaciones**