

## PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Nº \_\_\_\_\_  
(A completar por personal del Organismo)

### RESOLUCIÓN SSSALUD Nº 075/98 ANEXO UNICO

Clasificación del reclamo       TRÁMITE NORMAL       TRÁMITE ESPECIAL       TRÁMITE URGENTE

#### DATOS DEL TITULAR

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Documento  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_  
 Obra Social y/o Entidad de Medicina Prepaga \_\_\_\_\_ RNOS/RNEMP \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
 Documento:  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono/Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Se informa que las notificaciones y/o traslados se realizarán a la dirección de correo electrónico declarada.

Solicito que las notificaciones y/o traslados sean remitidas por correo postal al domicilio denunciado.

#### TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal       En representación de el/los beneficiario/s a su cargo \*

\*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

#### DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detalle de la documentación que se adjunta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL RECEPTOR**

**FIRMA Y ACLARACIÓN**