

Membrete de la Empresa

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

Sres.Superintendencia de Servicios de Salud

Por la presente certifico que el señor/a _____
C.U.I.L N° _____ - _____ - _____, es empleado de _____
con fecha de ingreso el día _____ de _____ de _____.

Por dicha actividad le corresponde la Obra Social _____

código de RNOS _____

Sello y firma del Responsable de RRHH
o del Empleador