Lugar y Fecha

Sr. Superintendente de Servicios de Salud.

S----------/----------D

Por la presente, se eleva **Solicitud de Reintegro Covid19** en el marco de lo dispuesto por la Resolución 326/2020 (RESOL-2020-326-APN-SSS#MS) por prestaciones asistenciales brindadas por la Obra Social XXXXXXX, RNOS: X-XXXX-X, al beneficiarios (nombre y apellido), (CUIL xxxxxxxxxxx).

A estos fines, se adjunta con carácter de **Declaración Jurada** la documentación respaldatoria de las prestaciones Médico Asistenciales brindadas además de la documentación respaldatoria de trámites administrativos que acreditan el cumplimiento de las exigencias dispuestas en el Anexo II de la mencionada resolución a fin de que se pueda realizar la auditoría correspondiente

A la espera de su aprobación, lo saludo atentamente.

Firma de autoridad máxima de la OS o apoderado.