

DECLARACION JURADA PARA AFILIADOS DE DOSPU



DATOS DEL TITULAR

Apellidos y Nombres: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años.

DNI: _____ CUIL: _____ Estado Civil: _____

Género: F: M: Preferiría no contestar:

DOMICILIOS – TELEFONOS – CORREOS ELECTRÓNICOS

Calle: _____ Nº _____

Piso: _____ Departamento: _____ Barrio: _____

Viviendas: ____ Sector: ____ Grupo: ____ Mza: ____ Monoblock: ____ Casa: ____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Celular: _____

Domicilio Laboral: _____

Tel. lugar de trabajo: _____ Interno: _____

Correo electrónico: _____

PERTENENCIA Y CARGOS ACTUALES

Indicar a qué Institución pertenece o perteneció, en caso de ser Jubilado (Marque con una cruz lo que corresponda):

UNSL: UNViMe: UNSL y además UNViMe:

Lugar/Dependencia dentro de la Institución en la que trabaja actualmente. Si es Jubilado voluntario, indicar a qué Lugar/Depend. perteneció: _____

Indicar la relación con la Institución (Marque con una cruz lo que corresponda):

Efectivo (Docente): Planta Permanente (Nodocente): Interino (Docente):

Contratado (Nodocente): Contratado (Monotributista): Soy Jubilado:

RELACION CON DOSPU:

Indicar la Categoría de Afiliado a la que pertenece (Marque con una cruz lo que corresponda):

Obligatorio Activo: Voluntario Jubilado: Voluntario Adherente:

Pensionado: Agente Univer. con Lic. s/goce de haberes:

Adherente voluntario Universitario (UNVIME; otro):

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR E INTEGRADOS A CARGO

N°	Apellido y Nombres	Vinculo (*)	Fecha de Nacimiento	DNI o CUIL	Estado civil	Género F: femenino M: masculino X: Prefiero no decir	Otra cobertura médica: SI, ¿Cuál?/NO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

(*)Vinculo (colocar el número que corresponda): 1. Conyuge - 2. Conviviente – 3. Hijo Menor de 18 años – 4. Hijo de 18 a 26 años con certificado de alumno regular – 5. Menores bajo Tutela o guarda por adopción – 6. Integrado (Integrantes del grupo familiar del Afiliado Titular que pueden ser encuadrado dentro de una categoría de Adherente (Madre, Padre, Nietos, etc).



OTRAS COBERTURAS MEDICO ASISTENCIALES DEL AFILIADO

Si poseo otra Obra Social: Nombre: _____

No poseo otra Obra Social:

PLANES ESPECIALES: Coberturas de Planes Especiales del Titular. Indicar con una tilde lo que corresponda (puede elegir más de uno). Si no está incorporado a ningún Plan, marcar la última opción.

ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	
ADICCIONES	
ANOREXIA	
ARTRITIS REUMATOIDEA	
BY PASS GASTRICO	
CELIAQUIA	
COLITIS ULCEROSA	
DIABETES	
DIÁLISIS	
DISCAPACIDAD	
EPILEPSIA	
ESCLEROSIS MÚLTIPLE	
FERTILIZACIÓN ASISTIDA	

HEMODIALISIS	
HEPATITIS CRONICA	
HIPERPLASIA SUPRARRENAL	
HORMONAL	
INFANTIL	
KINESIOTERAPIA ESPECIAL	
LUPUS ERITEMATOSO	
MATERNO	
OSTEOPOROSIS	
PAÑALES PARA ADULTOS	
PSIQUIATRÍA	
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	
NO ESTOY INCORPORADO/A A UN PLAN ESPECIAL	

Firma del Afiliado Titular:

NOTA: La firma debe estamparla ante las autoridades de la DOSPU al momento de entregar este formulario o podrá remitir el formulario con firma certificada ante autoridad de la U.N.S.L. (Decana/o, Secretaria/o, Jefa/e de Personal) o certificada por escribano público nacional u otra autoridad pública policial o judicial.

Autoridad pertinente:

Certifico que la firma que antecede pertenece a: _____

con D.N.I.: _____, y que fue puesta en mi presencia.

Firma del empelado:

Lugar y fecha:

Sello: