



Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:

INFORMACIÓN FAMILIAR	
Apellido:	CUIL/CUIT (xx-xxxxxxxx-x):-.....-.....
Nombre:	Sexo Familiar:
Parentesco: Cónyuge <input type="radio"/> Hijo/a <input type="radio"/> Otro familiar:.....	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa):/...../.....
¿Adhiere a Obra Social?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Edad:



Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE INSCRIPCION Y ELECCION DE COBERTURA DE SALUD

Se deja constancia que:, DNI N°
ha solicitado su inscripción / baja como MONOTRIBUTISTA SOCIAL, en la actividad
teléfonogrupo familiar adherido (SI/NO).....cantidad.....
eligiendo la Obra Social..... RNOS.....

Fecha/...../.....

.....
Firma y sello/aclaración y DNI de quién toma el trámite



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2019-10939440-APN-DRNEDLES#MSYDS - ANEXO

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.