

<b>UGP:</b>

<b>SOLICITUD</b>										TEL.												FECHA DE PRESENTACIÓN		
ALTA		MODIF.		BAJA		E-MAIL												20__						
Nº DE BENEFICIO										LEY APLI.		APELLIDO				NOMBRES								
Nº CUIL						TIPO DOCUMENTO				SEXO		F.NACIMIENTO				ESTADO CIVIL								
DOMICILIO						PARTIDO				LOCALIDAD				C.POSTAL		PROVINCIA								
Nº DE CUD				VENCIMIENTO		PACIENTE CRÓNICO		(POR SI): PATOLOGÍA																
						SI NO																		

**Solicita la Afiliación / Baja de los siguientes familiares a su cargo:**

Nº	TIPO MOV.	Vinc c/titul	APELLIDO	NOMBRES	SEXO	F.NACIMIENTO			discapacidad		DNI O CUIL
						dia	mes	año	NO	SI	
1											
2											
3											
4											

**Datos adicionales sobre las personas a afiliar, por Nº de orden:**

Nº	convive		Si no convive con el titular, indicar domicilio/ localidad /provincia/Código Postal	OSBERVACIONES	Reservado para el personal de Dir. De Afiliaciones						
	si	no			SSS	Padrón	RU00	OSC1			
1											
2											
3											
4											

MOVIMIENTO:

ALTA

BAJA

MODIF

Obs:

1. El presente formulario reviste carácter de **Declaración Jurada**, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de Estafa y falsificación de documentos. 2. Los familiares a afiliar no son beneficiarios de ninguna Obra Social ni perciben beneficio previsional ó pensión no contributiva de ninguna naturaleza. 3. Notificaré en un plazo no mayor a diez (10) días cualquier circunstancia modificatoria de la situación que en este acto declaro.

-----  
Firma titular de PNC o Apoderado

-----  
Firma y sello de autoridad competente

Conste: Se ha verificado la correspondencia de fotocopias y originales por el agente afiliador. Sujeto a revisión y aprobación por ANDIS, Dirección de Afiliaciones de Incluir Salud.

**Firma y sello del agente receptor**

**DNASS-Dirección de Afiliaciones**