

Solicito reconocimiento de gastos realizados, en virtud a lo dispuesto por la Resolución Nro. 25/22. Asimismo informo que los datos consignados en el formulario son veraces y revisten el carácter de Declaración Jurada.

• Datos personales de la persona titular (por favor completar en letra clara)

Apellido

Nombre

Sexo

D.N.I. N°

Fecha de Nacimiento

Estado civil

Legajo

Dependencia

Domicilio Calle

N°

Piso

Depto.

C.P.

Barrio

Localidad

Provincia

Teléfono

Email

¿Acredita otra actividad laboral?

☐ SI ☐ NO

de ser SI que otra/s Obra Social lo cubre

• Datos personales del familiar (no siendo titular la persona beneficiaria)

Apellido

Nombre

Parentesco

D.N.I. N°

Fecha de Nacimiento

Edad

Apellido

Nombre

Parentesco

D.N.I. N°

Fecha de Nacimiento

Edad

• Justifique brevemente el motivo de su pedido

IMPORTE SOLICITADO: \$

(PESOS

)

• Informe Auditoría Médica Regional

¿ En conformidad?

☐ SI ☐ NO

Firma y sello del profesional de auditoría Médica

• Reservado para la repartición

Certifico que los datos consignados son exactos. Que ha percibido en forma regular hasta el

/

/