

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO ANTICIPADO DE SERVICIOS

Afiliado N°

Fecha:

E-Mail :
(Dirección de correo electrónico donde acepto la validez de todas las notificaciones)

Apellidos y nombres completos :

Domicilio: Localidad:

Código Postal: Teléfono:

Documento de identidad: Estado civil:

Tipo y número

PERSONAS A CARGO:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Otros beneficios:

SI
 NO

Tipo:

Otorgado o en trámite:

Caja: Expediente N° :

Indicar si posee Obra Médico-Asistencial

SI
 NO

¿Cuál?

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.

.....
Firma

Nota: Solo serán sustanciados y resueltos por el Consejo Superior aquellos pedidos requeridos por afiliados que cuenten con , al menos, quince (15) años de colegiación (Res. Consejo Superior 24/2017).