

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO ANTICIPADO DE SERVICIOS - AMPLIACIÓN

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 beneficiarios:**

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: No se puede solicitar ampliación del reconocimiento hasta que transcurran diez (10) años del anterior (Res. Consejo Superior 24/2017).**