

Ficha de	Afiliación
	Actualización

AFILIADO TITULAR ACTIVO

☐UNL Docente	☐UNL No Docente	□UNL Autoridad Superior □UTN □LT 10 □OSUNL
	carácter de Declaración Jurada y de uso exclusivo de la OSUNL.	y su presentación implica el conocimiento de las reglamentaciones vigentes.
Datos del afiliado		
Apellido		
Nombres		
Tipo y Nº de Documento (DNI, LE, LC, CI, etc.)		CUIL CUIL CUIL CUIL CUIL CUIL CUIL CUIL
Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)		Extado civil Nacionalidad
Domicilio		
Calle		N° Piso Dto.
Localidad		Provincia Provincia
C.P. (en lo posible la nueva codificación	Teléfono Teléfono	Celular Celular
Email		Grupo sanguíneo RH
Nivel de Ninguno [Secundario Incompleto Terciario Incompleto Universitario Incompleto Secundario Completo Terciario Completo Universitario Completo
Discapacidad Si T No T	ipo	
Patologías Onco preexistentes Diabe	ológica Otra etes	
¿Consume medicamente en forma permanente?	Si ☐ Tipo y cantidad	
Otras obras sociales		Código
Fondo Especial d		
Si No Deseo as Beneficiario subsidio por fallecimiento	Apellido y Nombres	o al Fondo Especial de Subsidios Tipo y Nº de documento
Firma Afiliado	Fecha de recepc	ción V° B° y Carga
Fillia Alliado		Fecha Firma
		Sello
	i l	