

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

RESOLUCIÓN SSSALUD N° 075/98 ANEXO UNICO

N° _____
(A completar por personal del Organismo)

Clasificación del reclamo ☒ TRÁMITE NORMAL ☒ TRÁMITE ESPECIAL ☒ TRÁMITE URGENTE

DATOS DEL TITULAR

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Documento ☐ DNI ☐ CI ☐ LC Número _____ ☐ CUIT ☐ CUIL Número _____
Obra Social y/o Entidad de Medicina Prepaga _____ RNOS/RNEMP _____

DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s _____ Nombre/s _____
Documento: ☐ DNI ☐ CI ☐ LC Número _____ ☐ CUIT ☐ CUIL Número _____

DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle _____ Número _____ Piso _____ Dpto _____
Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono/Fax _____ Correo electrónico _____

Se informa que las notificaciones y/o traslados se realizarán a la dirección de correo electrónico declarada.

☐ Solicito que las notificaciones y/o traslados sean remitidas por correo postal al domicilio denunciado.

TIPO DE PRESENTACIÓN

☐ Presentación personal ☐ En representación de el/los beneficiario/s a su cargo *

*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y N° de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo _____

Detalle de la documentación que se adjunta _____

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a _____ D.N.I. _____

Lugar y fecha _____

FIRMA Y SELLO DEL RECEPTOR

FIRMA Y ACLARACIÓN