

## Solicitud de Prestaciones e Insumos

**Completar todos los campos del Formulario**

Lugar y fecha .....

### Señor Presidente de la Obra Social para la Actividad Docente

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de solicitar la cobertura prestacional correspondiente para la realización de las siguientes prácticas / tratamientos/ adquisición de .....

Para tal fin, adjunto los datos correspondientes, y la documentación solicitada.

#### Datos del Beneficiario Paciente

Nombre y Apellido ..... Edad

Lugar de Nacimiento ..... Fecha de Nacimiento

Estado Civil ..... Domicilio de residencia actual .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

Email ..... Escolarizado Si  No

Teléfono  DNI N°  Celular

N° de Afiliado /CUIL  Tipo de Afiliación: Rel. de dependencia  Monotributista - Personal doméstico  Adherente

Grado de parentesco con el titular .....

#### Datos del Beneficiario Titular

Nombre y Apellido ..... N° de Afiliado /CUIL

Domicilio de residencia actual .....

Ciudad ..... Provincia ..... CP

N° DNI  Teléfono

Email .....

Declaro que los datos volcados en el presente formulario son exactos y revisten carácter de **Declaración Jurada.**

Firma del Titular  Firma del Beneficiario   
 (o firma de los padres si el beneficiario-paciente es menor de edad)

Aclaración .....

Aclaración .....