



Programa Federal Incluir Salud

SOLICITUD DE: AFILIACION, MODIFICACION y BAJA

Dependencia UGP	1	Tipo de Mov.	2	Teléfono de contacto					Fecha de presentación	3													
Apellido y Nombres	4				FECHA DE NACIMIENTO	5					Nº de CUIL	6	-						-				
Beneficio Nº	4	0	-	5	-	7					-	0	-	0	Ley apli.	8		Sexo	9	Estado Civil	10	Tipo Documento	11
Domicilio	12				Localidad	13				CP	1	4			Provincia	15							

Solicita la Afiliación / Baja de los siguientes familiares a su cargo:

Nº Ord	Tipo Mov	Vin. Titu	Apellido y Nombres	SEXO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NACIM./BAJA			Incapac.		Nº de CUIL 23		
					Tipo	Número	Día	Mes	Año	NO	SI			
1	16	17	18	19	20			2	1		2	2	-	-
2													-	-
3													-	-
4													-	-
5													-	-
6													-	-
7													-	-

Datos adicionales sobre las personas a afiliar, por Nº de orden:

Nº Ord	Convive		Si no convive con el titular, indicar domicilio/ localidad / provincia/Código Postal	Observaciones	Reservado para el personal de D.N.P.M	
	SI	NO			Fecha de Ingreso	Fecha de Autorización
1	24		25	26		
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

1. El presente formulario reviste carácter de **Declaración Jurada**, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos. 2. Los familiares a afiliar no son beneficiarios de ninguna Obra Social ni perciben beneficio previsional ó pensión no contributiva de ninguna naturaleza. 3. Notificaré en un plazo no mayor a **diez (10) días** cualquier circunstancia modificatoria de la situación que en este acto declaro.

Firmado ante mí

27

.....  
28

.....  
29

**Firma del Afiliado Titular ó su Representante Legal      Sello y Firma de Autoridad Competente**

**Conste:** Se ha verificado la correspondencia de fotocopias y originales por el agente afiliador. Sujeto a revisión y aprobación por Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Prestaciones Médicas

30

