

Solicitud de Prestaciones

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 con discapacidad

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