

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO CON DISCAPACIDAD

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE

NOTAS: 1) El presente formulario tiene carácter de DECLARACION JURADA. Cualquier omisión y/o falsedad en la información consignada en el mismo, como así también la falta de comunicación fehaciente y en término en caso de producirse modificaciones en los datos solicitados, será pasible de las denuncias y sanciones pertinentes de acuerdo al régimen jurídico vigente y a las disposiciones reglamentarias de la OSPAC.-

2) La información requerida debe ser consignada, sin excepción alguna, en los formularios con formato definido entregados por la OSPAC. La letra debe ser clara, preferentemente imprenta mayúscula. No se admitirán tachaduras ni enmiendas no salvadas correctamente. En caso contrario, los pertinentes formularios, no serán recibidos por la OSPAC.-

1.-) DATOS PERSONALES

Nombres y Apellido:.....

Nº Afiliado:.....

Fecha de nacimiento:.....

DNI:.....

Estado civil:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....

Profesión/Ocupación:.....

Teléfonos:.....

Correo electrónico:.....

Afiliación a otra obra social:.....

Nº Afiliado otra obra social:.....

Constancia de afiliación: (acompañar copia de la credencial de afiliación)

2.-) GRUPO FAMILIAR (destacar aquellos que son convivientes)

Padre:..... DNI Nro.....

Teléfonos:.....Conviviente (Si/No):

Madre:..... DNI Nro.....

Teléfonos:..... Conviviente (Si/No):

Cónyuge:..... DNI Nro.....

Teléfonos:.....Conviviente (Si/No):

Hijo/a:..... DNI Nro.....

Teléfonos:.....Conviviente (Si/No):

Hijo/a:..... DNI Nro.....

Teléfonos:.....Conviviente (Si/No):

Otro parentesco o amistad: DNI Nro

Teléfonos:.....Conviviente (Si/No):

3.-) CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Al entregar el presente formulario, necesariamente deberá presentar en la obra social, **copia certificada por autoridad judicial** (Tribunales) del Certificado de Discapacidad **vigente** otorgado por la autoridad competente.-

4.-) MÉDICO TRATANTE

Profesional responsable del seguimiento del afiliado y de la coordinación y/o supervisión del equipo de trabajo:.....

Especialidad:.....

Matrícula:.....

Domicilio:.....

Teléfonos:.....

Expresamente manifiesto haber sido notificado de la creación del *Fondo de Discapacidad* por parte del Directorio de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe.-

Asimismo, tomo conocimiento que todas las indicaciones y prescripciones médicas, deben presentarse, como mínimo, con 10 días hábiles de anticipación, a excepción de comprobados y reales casos de urgencia en los cuales la obra social imprimirá urgente trámite.-

Firma del afiliado (o del representante legal en su caso):

Aclaración:

Fecha: