Ministerio de Salud y Ambiente
Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización
Programa Federal de Salud

(Trámite Gratuito)

SOLICITUD DE: AFILIACION, MODIFICACION y BAJA

Dependencia UGP		Tipo de Mov.		Teléfono de contacto		Fecha de presentación	
Apellido y Nombres		FECHA DE NACIMIENTO		Nº de CUIL	- -		
Beneficio Nº	- - - -	Ley apli.		Sexo		Estado Civil		Tipo Documento	
Domicilio		Localidad		CP		Provincia	

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

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

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

Nº Ord	Convive SI	Convive NO	Si no convive con el titular, indicar domicilio/ localidad / provincia/Código Postal	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Reservado para el personal de D.N.P.M

Fecha de Ingreso .....

Fecha de Autorización .....

SSS: ☐ **Padrón:** ☐
RU00: ☐ **OSC1:** ☐
_____: ☐ _____: ☐

Tipo de Movimiento: _____

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

Firma y sello del agente receptor de la solicitud

.....

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 Min de Salud, Dirección Nacional de Prestaciones Médicas

DIR. NAC. DE PRESTACIONES MEDICAS