

## SOLICITUD DE INGRESO AL PLAN MATERNO INFANTIL - MADRE

Señores S.U.M.A.

Por la presente solicito el ingreso al PLAN MATERNO INFANTIL MADRE , adjuntando el certificado médico expedido por ..... M.P. Nº ..... con fecha probable de parto el día ..... / ..... / .....

Declaro que SI / NO cuento con cobertura de otra Obra Social, siendo la misma ....., en carácter de Titular / Familiar. Por relación de dependencia / monotributo ó autonomo / voluntario. CUIL / CUIT Nº .....

Mar del Plata / Balcarce, ..... de ..... de ..... -

.....  
Firma Aclaración

DNI Nº .....

**RESERVADO PARA OBRA SOCIAL**

FECHA DE RECEPCION: ...../...../.....

RECIBÍÓ: .....

FECHA DE ALTA AL SISTEMA: .....

RESPONSABLE DEL ALTA AL SISTEMA:.....

