



SOLICITUD DE COBERTURA POR RESIDENCIA PERMANENTE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Quien suscribe con documento de identidad (tipo y número) en mi carácter de beneficiario titular N°, solicito cobertura del Servicio Universitario Médico Asistencial, en razón de residir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para:

	APELLIDO/S Y NOMBRE/S	D.N.I./C.I./L.E./L.C.	PARENTESCO	DOMICILIO	EXCLUSIVO OBRA SOCIAL VIGENCIA HASTA
1					
2					
3					
4					
5					
6					

DECLARO conocer y acepto que la **cobertura médica** se brinda **EXCLUSIVAMENTE** a través del **Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (C.E.M.I.C.)**, de acuerdo a la información y documentación recibida por parte de la Obra Social. En caso de requerir una derivación, deberé contactarme previamente con el Auditor Médico del S.U.M.A., quien -en caso de corresponder- tramitará la derivación al centro de atención más conveniente para la resolución de la patología.

En caso de no cumplir con lo expresado en el párrafo anterior, libero a la Obra Social de la obligación de brindar cobertura.

Autorizo a que se informe a la Universidad Nacional de Mar del Plata para que descuente de mi recibo de sueldo los coseguos que correspondan a la atención médica de

Fecha de SOLICITUD: / /

.....
Firma y aclaración del TITULAR

<p>RECIBIÓ</p> <p>Fecha: / /</p> <p>..... Firma y sello</p>	<p>AUTORIZÓ</p> <p>Fecha: / /</p> <p>..... Firma y sello</p>	<p>CARGÓ</p> <p>Fecha: / /</p> <p>..... Firma y sello</p>
--	---	--