



Dirección Nacional de Sanidad
de las Fuerzas Armadas

DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
DIVISION REGISTRO DE USUARIOS

Lugar	Día	Mes	Año

SEÑOR DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF.AA.

Quien suscribe, _____, Cédula de Identidad N° _____, titular /beneficiario (tachar lo que no corresponda) de asistencia en las dependencias a su cargo, ante Usted se presenta y solicita ser amparado en el Art.205 de la Ley 18.719 , el Decreto reglamentario P.E. N°260/12 e Instructivo N°01/DRU/2012 para la asistencia de su HIJO/A: _____ , Cédula de Identidad N° _____, quien es mayor de 21 años y no es usuario obligado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Asimismo, por la presente se asume el compromiso de pagar mensualmente la cuota dispuesta por la reglamentación correspondiente a través de:

Descuento

En ventanilla Div. Fin. Contable

El abajo firmante declara tener conocimiento cabal de las normas jurídicas anteriormente mencionadas, a las que se ajusta, presentando adjunto los documentos requeridos:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Fotocopia de Cédula de Identidad del generador del derecho y del beneficiario. |
| <input type="checkbox"/> | 2. Partida de Nacimiento del beneficiario. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Copia del último recibo de cobro del generador del derecho. |
| <input type="checkbox"/> | 4. Comprobante negativo como beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Partida de Defunción del generador del derecho, si correspondiere. |

Saluda a Usted atentamente,

Grado

Firma

Teléfono/Celular: _____