



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:

- 1. Fotocopia de Cédula de Identidad del generador del derecho y del beneficiario.
- 2. Partida de Nacimiento del beneficiario.
- 3. Copia del último recibo de cobro del generador del derecho.
- 4. Comprobante negativo como beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud.\*
- 5. Partida de Defunción del generador del derecho, si correspondiere.

\*Si el beneficiario/a tiene 25 años o más deberá presentar además Historia Laboral Nominada del B.P.S.

Saluda a Usted atentamente,

\_\_\_\_\_  
Grado

\_\_\_\_\_  
Firma

Teléfono/Celular: \_\_\_\_\_