



| MOVIMIENTO | |
|------------|------|
| ALTA | BAJA |
| | |

FORMULARIO PARA ALTAS Y BAJAS

| Generador de derechos asistenciales | | SOLAMENTE | | FECHA DE SOLICITUD | | |
|-------------------------------------|--|-----------|----------|--------------------|--|--|
| | | ACTIVO | RETIRADO | | | |
| CÉDULA DE IDENTIDAD | | | | | | |
| APELLIDOS | | | | | | |
| NOMBRES | | | | | | |
| REGISTRO DE USUARIO | | TELÉFONO | | | | |
| GRADO | | Nº COBRO | | | | |
| UNIDAD EJECUTORA | | | | | | |

Declaro conocer y aceptar los derechos y obligaciones derivadas del presente sistema.
 El padre o madre generador del derecho asistencial es el responsable por el pago de la cuota mensual.
 La falta de pagos por un máximo de dos meses consecutivos generará la pérdida automática de los derechos asistenciales.
 Los Usuarios dados de baja por morosidad no podrán reingresar al sistema en tanto no regularicen los pagos pendientes.
 Las bajas se computarán a partir de su recepción formal en el Departamento Venta de Servicios, generándose la obligación de pago de las mensualidades correspondientes en tanto no se tramite la desafiliación al presente sistema.
 Autorizo a la D.N.S.P. a realizar la retención en mis haberes, por concepto de Cuota Mensual de Asistencia Médica de acuerdo a lo establecido en el Decreto 372/2007.

FIRMA

CONTRAFIRMA

| BENEFICIARIO | | SEXO | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|---------------------|--|--------------|---|---------------------|--|--|
| | | M | F | | | |
| CÉDULA DE IDENTIDAD | | | | | | |
| 1ER APELLIDO | | NACIONALIDAD | | | | |
| 2DO APELLIDO | | TELÉFONO | | | | |
| NOMBRES | | CONTACTO | | | | |
| ESTADO CIVIL | | PARENTESCO | | | | |
| DOMICILIO | | | | BARRIO | | |
| ENTRECALLES | | | | Seccional | | |

Cobertura asistencial - La siguiente información tiene carácter de Declaración Jurada

| | SI | NO |
|---------------------------------------|----|----|
| POSEE ASISTENCIA INTEGRAL OBLIGATORIA | | |
| POSEE EMERGENCIA MÓVIL | | |

.....
NOMBRE

.....
NOMBRE

FIRMA

CONTRAFIRMA

- **Declaración Jurada**
Los datos incluidos en el presente formulario tendrán carácter de Declaración Jurada de acuerdo al Art. 239 del Código Penal: 'El que con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho, será castigado de tres a veinticuatro meses de prisión'.
- Se deberá comunicar cualquier cambio que se produzca en la presente Declaración Jurada a la Dirección Nacional de Sanidad Policial.