



**ANEXO IX**

*Dirección General de Talentos Humanos*

*Departamento de Desarrollo de Personas*

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA SERVICIO DE SEGURO MEDICO**

Fecha: / / 2017

Se solicita completar íntegramente la información requerida. En caso de que la misma no esté debidamente completada la solicitud no será procesada.

Los datos consignados en la solicitud poseen carácter de Declaración Jurada, los cuales podrán ser verificados con los documentos del legajo personal; en caso de corroborar que la información no sea fidedigna, el funcionario será pasible de sanción.

Todos los campos son de llenado obligatorio.

**DATOS DEL TITULAR**

Apellido/s completos: ..... Nombre/s completos.....

C.I. N°: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Género: F ( ) M ( )

Teléf. Particular: ..... Celular: ..... Localidad: .....

Barrio: ..... Dirección Particular: .....

Email Institucional:..... Email particular: .....

Estado Civil: ( ) Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Concubinado/a ( ) Viudo/a ( ) Divorciado/a

Personal: ( ) Permanente ( ) Contratado/a ( ) Comisionado

Dependencia: ..... Teléf.: ..... Interno: .....

Domicilio Laboral: .....

**CUADRO PARA INCLUSIONES EN EL GRUPO FAMILIAR EN EL SEGURO MEDICO**

- Condiciones según el pliego de base y condiciones de la Licitación Pública Nacional.

N°	Beneficiario			Parentesco c/ el titular	Fecha de Nac.	Edad
	C.I. N°	Apellido/s	Nombre/s			
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Firma del funcionario/a

**Guillermo Sosa Flores**



ORIGINAL

