



SOLICITUD N°:

....., de de

Señor
Presidente de la Comisión del
Departamento de Servicios Sociales (DSS)
Cámara Primera - C.P.C.E. de Santa Fe

PRESENTE

Por la presente el / la que suscribe.....
L.E./L.C./D.N.I. N°..... nacido/a el/...../..... de profesión
con fecha de graduación/...../..... Matrícula N° domicilio en Calle
..... N° de la ciudad / localidad de
CP:..... Departamento..... Teléfono
detalla sus datos a los efectos de su cobertura y confección del carnet de afiliado activo al DSS de esa
Cámara en el **Plan BASICO / GENERAL / PLUS** y, a su vez, solicita sean admitidos como afiliados
Integrantes de su Grupo Familiar, de acuerdo a las reglamentaciones vigentes, las siguientes personas:

Nombre y Apellido	Doc. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Ocupación

Grupo familiar con domicilio distinto al del Titular:....., Localidad.....

Declara expresamente conocer y aceptar las reglamentaciones vigentes sobre la cobertura del DSS y sus planes (de los que recibe copia impresa), así como, la facultad del mismo de modificar, total o parcialmente, o cancelar tales planes. En tal sentido, se haya debidamente informado que no son considerados afiliados los integrantes del grupo familiar y aquellos titulares con carácter voluntario hasta tanto no hayan realizado los exámenes médico y odontológico, y presentado la documentación necesaria (partidas de nacimiento, acta de matrimonio y/o sumaria información, según corresponda).

Por último, se compromete a comunicar todo cambio de domicilio, como así también las modificaciones que se produzcan en la situación de los miembros de su familia, edad, estado civil, independencia económica, etc. En tal caso se procederá a la devolución del respectivo carnet.

Atentamente.

FIRMA

Aclaración de Firma