



**SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD**



Fecha / /

Departamento Control de Opciones

REF: SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE PADRÓN

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar la corrección del padrón de opciones, con el objeto de lograr la derivación de aportes de manera precisa.

La situación es la siguiente: realicé la opción de cambio el mes de _____ de 20 _____ a la Obra Social _____ (1).

El día _____ del mes de _____ de 20 _____ comencé a trabajar en _____, donde mis aportes son declarados a la Obra Social _____ (1).

Sin embargo, son derivados por el organismo pertinente a la Obra Social _____ (1), que fuera elegida por mí oportunamente, según lo descrito en esta nota.

Por lo expuesto, solicito a ese Organismo que articule todos los medios necesarios para lograr mi cobertura y la de mi grupo familiar, en la Obra Social _____ (1) y se respete, de esta forma, mi deseo de tener los servicios de la Obra Social de la actividad en la cual me desempeño.

FIRMA DEL BENEFICIARIO TITULAR

Nombre/s y Apellido/s

Dirección

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono (0)

Adjunto copia imprescindible para dar curso al presente pedido de:

D.N.I. 1º y 2º hoja, y si correspondiere, hoja con actualización.

Certificación laboral con los siguientes datos como mínimo: nombre y apellido, número de CUIL, denominación de la Obra Social que le corresponde por la actividad, fecha de ingreso.

(ver modelo en: <http://www.sssalud.gov.ar/beneficiarios/archivos/CertificacionLaboral.pdf>)

(1) La denominación de las obras sociales citadas se deben transcribir en forma completa (no siglas) para evitar posibles errores.