

Membrete de la Empresa

Buenos Aires, ____ de _____ de 20 ____

Sres. Superintendencia de Servicios de Salud

Por la presente certifico que el señor/a _____,

C.U.I.L. N° ____ - _____ - _____, es empleado de _____,

con fecha de ingreso el día ____ de _____ de _____.

Por dicha actividad le corresponde la Obra Social _____,

código RNOS _____.

Sello y firma de la persona responsable
de RR.HH. o del Empleador
