

Sres SEMPRE -

Área Convenios

Me dirijo a ud. a efecto de solicitar la cobertura médica para _____. Quien se encuentra radicado/a en la ciudad de _____ provincia de _____ por razones de estudio / razones particulares.

(tache la que NO corresponda)

N° de CUIL ____ - ____ - ____

DATOS de Contacto NUEVO

Domicilio en la ciudad de _____:

Dirección: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Barrio: _____ Teléfono: _____ - _____

Correo electrónico: _____@_____

Documentación respaldatoria:

- Estudiante: Certificado de Alumno Regular ACTUALIZADO
- Jubilado: DNI (frente y dorso)
- En Actividad: Disposición laboral - DNI

Firma del TITULAR

CUIL: _____

Enviar foto nítida a convenios@sempre.isslp.gov.ar