



PROVINCIA DE LA PAMPA
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL
SERVICIO MEDICO PREVISIONAL
SEMPRE

CERTIFICACION DE CARGO DOCENTE –SUPLENTE COMUN-

DATOS DEL DOCENTE

APELLIDO Y NOMBRES	
--------------------	--

Nº AFILIADO		NUMERO DE CUIL	
-------------	--	----------------	--

DATOS DEL CARGO

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	
---------------------------	--

PERIODO DE DESIGNACION

DESDE		HASTA	
-------	--	-------	--

OPCION DE OBRA SOCIAL

☐	ACEPTO DESCUENTO DE OBRA SOCIAL SEMPRE	☐	NO ACEPTO DESCUENTO DE OBRA SOCIAL SEMPRE
--------------------------	--	--------------------------	---

.....
FIRMA DEL DOCENTE

.....
SELLO INSTITUCIONAL

.....
FIRMA Y SELLO DE LA AUTORIDAD