……de……. de 20…...

Sra.
Jefa Dpto. Afiliaciones
S / D:

Me dirijo a usted a efecto de solicitar la cobertura medica para mi hija/o……, quien se encuentra radicada en la provincia de …… por razones de estudios.

Nº de Cuil:……..

Domicilio:……..……..……Nº……..……

Piso……. Dpto…… Barrio……

Ciudad:…….. Provincia……...

Teléfono:…….

Correo electrónico:…… @……...…

Adjunta certificado de alumno regular SI – NO (tachar lo que no corresponda)

…….…….
Firma Afiliado Titular

……..
Aclaración