

PRESENTA COBERTURA	Obra Social <input type="checkbox"/>	Medicina Prepaga <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL O PREPAGA			
NUMERO DE AFILIADO			
RECIBE BENEFICIO LEY 19.279 (ART. 1º)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SIMBOLO
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL SOLICITANTE

Interesado <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Curador <input type="checkbox"/>	
APELLIDO					
NOMBRE					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	DNI <input type="checkbox"/>	LE <input type="checkbox"/>	LC <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	
	CI <input type="checkbox"/>	Expedido por			
NRO.DOCUMENTO			NACIONALIDAD		
DOMICILIO					
Cod. postal			Localidad		
PROVINCIA			Nro. TELEFONO		
			()		

En caso de Tutor o Curador completar la siguiente información:

PROVISORIO <input type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input type="checkbox"/>	Fecha de designación		
JUZGADO				
SECRETARIA	Depto. JUDICIAL			

LUGAR Y FECHA				
----------------------	--	--	--	--

FIRMA DEL INTERESADO / A CURADOR O REPRESENTANTE LEGAL	ACLARACION DE FIRMA
---	----------------------------