



*Dirección Nacional de  
Sanidad de las Fuerzas  
Armadas*

**DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS**  
**DIVISION REGISTRO DE USUARIOS**

Montevideo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**SEÑOR DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF.AA.:**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, titular /beneficiario (tachar lo que no corresponda) de asistencia en las dependencias a su cargo, ante Usted se presenta y solicita ser amparado en el Art.205 de la Ley 18.719 , el Decreto reglamentario P.E. N°260/12 e Instructivo N°01/DRU/2012 para la asistencia de su HIJO/A: \_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, quien es mayor de 21 años y no es usuario obligado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Asimismo, por la presente se asume el compromiso de pagar mensualmente la cuota dispuesta por la reglamentación correspondiente a través de:

Descuento

En ventanilla Div.Fin.Ctble.

El abajo firmante declara tener conocimiento cabal de las normas jurídicas anteriormente mencionadas, a las que se ajusta, presentando adjunto los documentos requeridos:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Fotocopia de Cédula de Identidad del generador del derecho y del beneficiario.  |
| <input type="checkbox"/> | 2. Partida de Nacimiento del beneficiario.   |
| <input type="checkbox"/> | 3. Copia del último recibo de cobro del generador del derecho.                     |
| <input type="checkbox"/> | 4. Comprobante negativo como beneficiario del Sistema Nacional Integrado de Salud. |
| <input type="checkbox"/> | 5. Partida de Defunción del generador del derecho, si correspondiere.              |

Atentamente,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_