



Dirección Nacional de Sanidad
de las Fuerzas Armadas

DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
DIVISIÓN REGISTRO DE USUARIOS

Lugar	Día	Mes	Año

SEÑOR DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF. AA.

Quien suscribe _____

Cédula de Identidad N° _____, usuario titular del derecho de asistencia, ante Usted se presenta y solicita, acorde a lo dispuesto en el Decreto 449/84, la asistencia en dependencias de la D.N.S.FF.AA. para su:

Madre	Padre	Hijo/a incapaz	Menor a cargo
--------------	--------------	-----------------------	----------------------

(marcar con un círculo lo que corresponda)

Nombre: _____

Cédula de Identidad N° _____.

Adjunto la siguiente documentación: (Marque con una X lo que corresponda)

Fotocopia de C.I. del Titular		Fotocopia C.I. del Dependiente	
Fotocopia del recibo de sueldo		Fotocopia del recibo de cobro del Dependiente	
Partida de Matrimonio del Titular		Negativo del B.P.S. del Dependiente	
Partida de nacimiento del Titular		Partida de nacimiento del Dependiente	
Otros:		Certificado por Escribano Público donde conste que está a cargo e integra el mismo núcleo familiar del titular (padre y/o madre)	
		Comprobante médico que acredite la incapacidad (hijo/a incapaz)	
		Tenencia jurídica otorgada por Juzgado Letrado de Familia (menor a cargo)	

Saluda a Usted atentamente,

Grado

Firma

Dirección: _____

Teléfono/Celular: _____