



Dirección Nacional de Sanidad
de las Fuerzas Armadas

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

Lugar	Día	Mes	Año

SEÑOR DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF.AA.

Quien suscribe, _____ Cédula de Identidad Nro. _____, titular / beneficiario/a (tachar lo que 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 del Poder Ejecutivo Nro. 260/12 e Instructivo N°01/DRU/2012 para la asistencia de su HIJO/A: _____, Cédula de Identidad Nro. _____, quien es mayor de 21 años y no es usuario/a obligado del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Asimismo, por la presente se asume el compromiso de realizar las comunicaciones y los trámites correspondientes inmediatamente de producirse algún cambio respecto de la situación jurídica del beneficiario/a; como así también pagar mensualmente la cuota dispuesta por la reglamentación vigente a través de:

☐

Descuento

☐

En ventanilla Div. Fin. Contable

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

1. Fotocopia de Cédula de Identidad del generador del derecho y del beneficiario/a.
2. Partida de Nacimiento del beneficiario. (Trámite por 1ra. vez)
3. Copia del último recibo de cobro del generador del derecho.
4. Comprobante negativo de actividades del B.P.S.
5. Historia Laboral Nominada B.P.S. (desde los 18 años hasta la fecha)
6. Consulta de vínculos personales del B.P.S.
7. Partida de Defunción del generador del derecho, si correspondiere.

Saluda a Usted atentamente,

Grado

Firma

Teléfono/Celular: _____