

ANEXO I

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.
Av. de Mayo 945 – (C1084AAR) CABA
Sector DISCAPACIDAD: sur.disca@uthgra.org.ar
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 946-952

DATOS A COMPLETAR DEL PACIENTE (Datos a completar por el Padre, Madre o Tutor)

Apellido y Nombre (del paciente):	
DNI:	
N ° de CUIL:	
N ° de Carnet:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO ()
Domicilio actual:	
C.P. - Localidad:	
Provincia:	
Tipo de Afiliación:	GASTRONÓMICO (1) () MONOTRIBUTISTA ()
Apellido y Nombre del Padre:	
Teléfono de contacto del Padre (c/característica):	
Apellido y Nombre de la Madre:	
Teléfono de contacto de la Madre (c/característica):	
Correo electrónico de contacto:	

(1) DATOS A COMPLETAR DEL RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

CUIT de la Empresa:	
Nombre de la Empresa:	
Domicilio de la Empresa:	
Fecha de Ingreso laboral:	

* Es **obligación** completar todos los campos con el mismo color de tinta y sin enmiendas.