



# A.P.U.T.N.

ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL

PERSONERÍA GREMIAL N° 1460/88 ENTIDAD ADHERIDA A F.A.T.U.N.

SARMIENTO 517 6TO. PISO CAPITAL FEDERAL C.P. 1041 TEL/FAX 4394-4224/ 0348

AVELLANEDA  
BAHÍA BLANCA  
BUENOS AIRES  
CHUBUT  
C. DEL URUGUAY  
CONCORDIA  
CÓRDOBA  
DEL NEUQUÉN  
DELTA  
GRAL. PACHECO  
HAEDO  
I.N.S.P.T.  
LA RIOJA  
LA PLATA  
MAR DEL PLATA  
MENDOZA  
PARANÁ  
RAFAELA  
RECONQUISTA  
RECTORADO  
RESISTENCIA  
ROSARIO  
SAN FRANCISCO  
SAN NICOLÁS  
SAN RAFAEL  
SANTA CRUZ  
SANTA FE  
TIERRA DEL FUEGO  
TRENQUE LAUQUEN  
TUCUMÁN  
VENADO TUERTO  
VILLA MARÍA

## FORMULARIO SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

Lugar y fecha: .....

### DATOS DEL AFILIADO

Apellido/s y Nombre/s: .....

Número de Legajo: ..... Número de Afiliado: .....

Número de D.N.I.: .....

Dirección de e-mail (\*): .....

Banco (\*): .....

CBU : .....

Facultad y/o Unidad Académica: .....

Teléfono fijo o móvil: ..... Teléfono Laboral: .....

.....  
*Firma Afiliado*

### DATOS DEL FAMILIAR DIRECTO

Apellido/s y Nombre/s: .....

Número de D.N.I.: ..... Vínculo con el Afiliado: .....

### OBSERVACION

Causa del pedido: .....

Tickets de Gastos: \$..... (PESOS: .....) )

### DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE SE ADJUNTA

Historia Clínica

Certificado Médico

ESTUDIOS VARIOS

Ecografía/s

Radiografía/s

Tomografía/s

Resonancia Magnética

Análisis

Otros: .....

### CERTIFICACIÓN DEL DELEGADO

Corresponde a la solicitud del presente subsidio: .....

.....  
*Firma Delegado*

(\*) Campos obligatorios.