

Buenos Aires, .....

SEÑORES  
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
AT. DPTO. CONTROL DE OPCIONES

REF.: SOLICITUD DE CONTINUIDAD EN LA O.S. ELEGIDA

De mi consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar se respete mi opción de cambio de obra social.

La situación es la siguiente: En el año ..... me encontraba trabajando en la empresa ..... y recibía los beneficios de la obra social(1) ..... Realicé la opción de cambio el mes.....del ..... a la obra social (1).....

El día.....del mes de .....del..... corté la relación laboral.  
Estuve.....meses desempleado, hasta el día .....del mes de.....del ..... en que comencé a trabajar en ....., donde mis aportes son declarados a la obra social (1)....., pero son derivados por el organismo pertinente a la obra social (1)....., que fuera elegida por mí oportunamente, según lo descripto en esta nota.

Por lo expuesto, solicito a ese organismo que se respete mi libre opción de cambio de obra social y articule todos los medios necesarios para lograr mi continuidad en la obra social(1)....., de acuerdo con el Decreto 1400/01 PEN.

.....  
FIRMA BENEFICIARIO TITULAR

Nombre y Apellido .....

Dirección.....

Localidad ..... Provincia ..... Código Postal .....

Télefono (con prefijo) .....

Adjunto Copias de:

- > D.N.I. fotocopia 1º y 2º hoja. (obligatorio)
- > Certificación Laboral en la que conste la Obra Social que le corresponde por rama de actividad o recibo de sueldo donde figure la denominación de la obra social. (obligatorio)

**IMPORTANTE:** (1) Las denominaciones de las obras sociales, se deben transcribir en forma completa (no en siglas) para evitar posibles errores. Además, las copias detalladas más arriba son imprescindibles para dar curso al presente pedido.