

Buenos Aires, .....

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

REF.: SOLICITUD DE CORRECCION DE PADRON

De mi consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar la corrección del padrón de opciones, con el objeto de lograr la derivación de aportes de manera precisa.

La situación es la siguiente: Realicé la opción de cambio el mes.....del ..... a la obra social.(1).....

El día .....del mes de.....del ..... comencé a trabajar en ....., donde mis aportes son declarados a la obra social(1) ..... Sin embargo, 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 articule todos los medios necesarios para lograr mi cobertura y la de mi grupo familiar, en la obra social(1) ..... y se respete, de esta forma, mi deseo de tener los servicios de la obra social de la actividad en la cual me desempeño.

.....  
FIRMA BENEFICIARIO TITULAR

Nombre y Apellido .....

Dirección.....

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

Teléfono (con prefijo) .....

Adjunto copias de :

- > D.N.I. fotocopia 1º y 2º hoja. (obligatorio), si correspondiere hoja con actualización
- > Certificación Laboral, con los siguientes datos -como mínimo-:  
Nombre y apellido, Número de C.U.I.L., Denominación completa de la obra social que le corresponde por la actividad

**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.