

**Formulario de Denuncia** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

A completar por personal del Organismo

**Datos del Titular**

Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Documento: DNI  CI  LC  Número: \_\_\_\_\_

CUIT  CUIL  Número: \_\_\_\_\_

Obra social o Entidad de Medicina Prepaga denunciada: \_\_\_\_\_

**Domicilio del titular/apoderado que presenta el reclamo**

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



Se informa que las notificaciones y/o traslados se realizarán a la dirección de correo electrónico declarada.

Solicito que las notificaciones y/o traslados sean remitidas por correo postal a domicilio.

**Tipo de presentación**

Presentación personal  En representación de el/los beneficiario/s a su cargo. \*

**\* Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo**

Apellido/s Nombre/s	Tipo y N° de documento	CUIL/CUIT

**Síntesis del reclamo** \_\_\_\_\_

**Detalle de la documentación que se adjunta** \_\_\_\_\_

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292, 293, del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**Firma y sello del receptor**

**Firma y aclaración**