

Lugar, _____ Fecha ____/____/____

Datos del/la afiliado/a titular

Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____ Tel: _____ Localidad: _____

Correo electrónico: _____@_____

DNI N° _____ Lugar y Fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____

Último nivel educativo alcanzado _____

Cargo en la UNQ: _____

Jubilado/a SI - NO

Horario: Lunes _____ Martes _____ Miércoles _____

Jueves _____ Viernes _____ Sábado _____

Otras actividades en relación de dependencia:

Dependencia/s: _____

Ocupación independiente:

Ocupación: _____.

Ingresos mensuales: _____

FORMULARIO FICHA SOCIAL

Grupo familiar conviviente

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	EDAD	OCUPACIÓN/ESTUDIOS	OBSERVACIONES

Cobertura de salud del grupo familiar (solo completar en caso de poseer otra afiliación vigente).

APELLIDO Y NOMBRE	OSP / COSEGURO	TIPO DE AFILIACIÓN	OBSERVACIONES

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Miembro del grupo familiar afectado:

Tipo de discapacidad:

Fecha de vencimiento del CUD _____

Percibe pensión por Discapacidad o algún otro beneficio: SI / NO

¿Cuál? _____ Monto mensual de la prestación: \$ _____

Principales gastos asociados a la Discapacidad:

Profesionales que lo/a atienden actualmente:

- 1) Profesión: _____ Especialidad: _____
- 2) Profesión: _____ Especialidad: _____
- 3) Profesión: _____ Especialidad: _____
- 4) Profesión: _____ Especialidad: _____
- 5) Profesión: _____ Especialidad: _____

Escolaridad / Institución: _____

Actividades extra escolares: _____

Medicación crónica o de largo tratamiento:

Otros tratamientos vigentes:

FORMULARIO FICHA SOCIAL

Personas autorizadas para la firma de constancias de asistencia:

Nombre y apellido : _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido : _____ Vínculo: _____

Nombre y apellido : _____ Vínculo: _____

Observaciones:

Firma del/la afiliado/a

Firma y sello de
Trabajador/a Social