

SI REPRESENTA A MENOR DE EDAD: NOMBRE _____ DNI _____

FECHA EN QUE OCURRIÓ: ____/____/____

¿ADJUNTA DOCUMENTACIÓN DE PRUEBA? SÍ ☐ NO ☐ CANTIDAD DE FOJAS: ()

DETALLE DE LO SUCEDIDO:

LUGAR Y FECHA ACTUAL: _____, ____/____/20____

FIRMA DEL AFILIADO/A DENUNCIANTE

Servicio de Obra Social de la Universidad Nacional del Comahue - Av. Argentina 1273, Neuquén. - www.sosunc.org.ar



AFILIADO/A DENUNCIANTE: _____ N° AFILIACIÓN: _____

SI REPRESENTA A MENOR DE EDAD: NOMBRE _____ DNI _____

MOTIVO RECLAMO/SUGERENCIA: _____ N° FOJAS: _____ (Sólo si adjunta documentación)

RECIBIÓ: _____ LUGAR Y FECHA: _____, ____/____/20____

Servicio de Obra Social de la Universidad Nacional del Comahue - Av. Argentina 1273, Neuquén. - www.sosunc.org.ar