

SOLICITUD DE ALOJAMIENTO Y RACIONAMIENTO
DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y Nombres:

DNI: N° de Socio:

Domicilio:

Teléfono de línea:

Teléfono celular - Código de área: Número:

Correo electrónico:

DATOS DEL SOCIO INTERNADO

Apellido y Nombres:

DNI: N° de Socio:

 Internado Ambulatorio Discapacidad
DATOS DEL ACOMPAÑANTE DEL SOCIO INTERNADO

Apellido y Nombres:

DNI: Parentesco:

LUGAR DE COBRO

 Sede Central Delegación / D.A.A.

INTERNACION

Desde	Hasta

Firma y Aclaración del Socio:

PARA USO EXCLUSIVO DEL CIRSE

Documentación agregada:

Observaciones:

ALOJAMIENTO AUTORIZADO		CANTIDAD DE DIAS	CANTIDAD ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS	RACIONAMIENTO	
Desde	Hasta			SI	NO

 Firma y Sello Autoridad CIRSE

CONSTANCIA DE RECIBIDO RESIDENCIA	FECHA	N° DE LEGAJO	RUBRICA

TALON PARA LA RESIDENCIA
DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y Nombres:

DNI: N° de Socio:

DATOS DEL SOCIO INTERNADO

Apellido y Nombres:

DNI: N° de Socio:

 Internado Ambulatorio Discapacidad
DATOS DEL ACOMPAÑANTE DEL SOCIO INTERNADO

Apellido y Nombres:

DNI: Parentesco:

ALOJAMIENTO AUTORIZADO		CANTIDAD DE DIAS	CANTIDAD ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS	INTERNACION	
Desde	Hasta			Desde	Hasta

Autorizado por:

 Firma y Sello

TALON PARA EL SOCIO

Se extiende como constancia de la presentación de la "SOLICITUD DE ALOJAMIENTO Y RACIONAMIENTO"

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE	N° DE SOCIO	RECEPCION

El beneficio del racionamiento se deberá solicitar por lapsos de 7 (siete) días como máximo, a partir del día de la internación.

ALOJAMIENTO AUTORIZADO		CANTIDAD DE DIAS	CANTIDAD ACOMPAÑANTES AUTORIZADOS	INTERNACION	
Desde	Hasta			Desde	Hasta

Autorizado por:

 Firma y Sello

 Internado Ambulatorio Discapacidad