

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO
SECRETARIA DE SERVICIOS SOCIALES**

____ de ____ de ____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

Empresa: _____ Delegación: _____

Nº Afiliado: _____ Plan _____

DETALLE DE LO SOLICITADO

OBSERVACIONES:

AFILIADO (FIRMA Y ACLARACION)

SERV. SOCIALES (FIRMA Y ACLARACION)