

Señores

Instituto de Obra Médico Asistencial IOMA

Presente

Ref: Renuncia y cambio de Obra Social

De mi mayor consideración,

Informo a Uds que elegí la cobertura de salud de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES, inscripta en la Superintendencia de Servicios de Salud bajo el RNOS Nro 1-2550-9, para los servicios de salud de todo mi grupo familiar.

Dicha elección, la hice en razón del derecho que me asiste conforme lo establecido en la Ley 24741 que en su artículo primero establece: *"Asimismo, se garantiza por la presente el derecho de los trabajadores universitarios a la libre elección de la obra social"*.

La fecha del cese de cobertura por parte de ese Instituto a mi grupo familiar, será el que informe la Universidad Nacional de la Plata en los datos mensuales que les transfiere de Altas, Bajas y Modificaciones. Esta notificación deberá considerarse como renuncia indeclinable a vuestros servicios de salud.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para saludarles muy atentamente.

Firma

Aclaración de firma

Documento de identidad

Dependencia