

# ANEXO I

Obra Social de la Unión de Trabajadores del Turismo, Hoteleros y Gastronómicos de la República Argentina.  
Av. de Mayo 945 – CP (C1084AAR) CABA  
Sector DISCAPACIDAD  
Teléfonos: 4341-8090 Int.: 949/4341-8232

## DATOS A COMPLETAR DEL PACIENTE (Datos a completar por el Padre, Madre o Tutor)

Apellido y Nombre (del paciente):	
D.N.I.:	
N ° de CUIL:	
N ° de Carnet:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	SOLTERO ( )      CASADO ( )      VIUDO ( )      DIVORCIADO ( )
Domicilio actual:	
C.P. - Localidad:	
Provincia:	
Tipo de Afiliación:	GASTRONOMICO (1) ( )      MONOTRIBUTISTA ( )
Apellido y Nombre del Padre:	
Teléfono de contacto del Padre (c/característica):	
Apellido y Nombre de la Madre:	
Teléfono de contacto de la Madre (c/característica):	
Correo electrónico de contacto:	

## (1) DATOS A COMPLETAR DEL RECIBO DE SUELDO DEL TITULAR DE LA OBRA SOCIAL

CUIT de la Empresa:	
Nombre de la Empresa:	
Domicilio de la Empresa:	
Fecha de Ingreso laboral:	

\* Es **obligación** completar todos los campos.