

ACLARACIONES:

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -

Lugar Fecha/...../.....

Firma y Aclaración del Afiliado

Firma y aclaración del funcionario interviniente

INTERVENCION DE AUDITORIA MEDICA

DICTAMEN

FIRMA DEL AUDITOR

A - Alta sin Examen Médico

A

B - Completar correctamente o ampliar la Declaración jurada

B

Datos que debe ampliar o completar

.....
.....
.....

C - Debe efectuarse Examen Médico

C

Lugar Fecha/...../.....

Sello del Auditor