

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 Consumos Problemáticos de Sustancias.
ape.drogadependencia@uthgra.org.ar
Teléfonos: Directo: 4341-8079 Conmutador: 4341-8090 int.954

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

| | |
|--|--|
| Apellido y Nombre (del paciente): | |
| DNI: | |
| 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: | GASTRONÓMICO (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 con el mismo color de tinta y sin enmiendas.