

## FORMULARIO DE DESAFILIACIÓN

### DESAFILIACIÓN DEL AFILIADO TITULAR VOLUNTARIO/ADHERENTE

Solicito la desafiliación como afiliado titular del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE SEGURIDAD (IOSFA), declarando conocer que la misma implica la desafiliación del total de mi grupo familiar, acorde a lo estipulado en el Art. N° 30 inciso c) y Art. 32 inciso b) del Régimen de Afiliaciones.

Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Tipo y N°/Doc \_\_\_\_\_

N° Afiliado \_\_\_\_\_

Entrega de credenciales (IOSFA) SI  NO  (detallar n°) \_\_\_\_\_

### DESAFILIACIÓN DE FAMILIARES

Solicito la desafiliación voluntaria del afiliado familiar del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE SEGURIDAD (IOSFA) acorde con lo previsto en el Art. N° 31 inciso b) del Régimen de Afiliaciones. *(Completar con los datos de la persona a desafiliar)*

Apellido y nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

N° Afiliado \_\_\_\_\_

Entrega de credenciales (IOSFA) SI  NO  (detallar n°) \_\_\_\_\_

Motivos de desafiliación \_\_\_\_\_

Asumo las consecuencias jurídicas y pecuniarias que puedan derivarse de la desafiliación que por medio de la presente solicito, sea o no del uso indebido de la credencial. En consecuencia, me comprometo a hacerme cargo de cualquier gasto originado a partir de la fecha de baja, como consecuencia del uso de la credencial de afiliado correspondiente a la persona que desafilio. Asimismo autorizo expresamente que sea descontado directamente de mis haberes los importes derivados de dicho uso.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del titular

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar  
Conformidad de desafiliación

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración