

Buenos Aires, ____ de _____ de 20 ____

Sres. Superintendencia de Servicios de Salud

Por la presente certifico que el señor/a

_____, C.U.I.L. Nº ____ -

_____-_____, es empleado de _____, con fecha de

ingreso el día ____ de _____ de _____.

Por dicha actividad le corresponde la Obra Social

_____, código RNOS _____.

Sello y firma de la persona
responsable de RR.HH. o del
Empleador
