Documentación a presentar para Afiliarse:

Titulares Activos

- **Resolución de designación en el cargo vigente** (fotocopia legalizada por facultad)
- **Ultimo recibo de haberes** (fotocopia, es necesario haber cobrado el primer sueldo)
- **Cónyuge:** Original con fotocopia o Fotocopia legalizada del Acta de Matrimonio, solicitada a registro civil dentro de los ultimos seis meses.
- **Hijos/as:** Original con fotocopia o Fotocopia legalizada del Acta o Partida de Nacimiento de cada uno/a
- **Foto color 4 x 4** (fondo claro en papel o digital) Titular, esposa e hijos mayores de 21 años
- **Documentos:** del Titular y los familiares a cargo con la fotocopia de los mismos

Titulares Designados por contrato

- **Resolución de designación en el cargo vigente** (fotocopia legalizada por facultad)
- **Ultimo recibo de haberes** (fotocopia, es necesario haber cobrado el primer sueldo)
- **Foto color 4 x 4** (fondo claro en papel o digital)
- **Documento:** con la fotocopia del mismo
- **Declaración Jurada de Antecedentes Médicos:** La misma debe ser completada y firmada por un médico en ambas caras, al final de la primera hoja y en el reverso después de las preguntas adicionales para mujeres. (No colocar signos ni rayas, deberá especificar "SI" o "NO" ante cada pregunta y en caso de presentar alguna patología deberá adjuntar certificado médico). Puede descargar el formulario en el siguiente **enlace**

.

Concubina/o de Titular Activo (Previamente solicite información, al correo electrónico afiliaciones@osunr.com.ar)

- **Declaración Jurada de Unión Convivencial** (demostrando más de dos años de convivencia y estado civil de ambos) Original con fotocopia o fotocopia legalizada.

- **Declaración Jurada de Antecedentes Médicos:** La misma debe ser completada y firmada por un médico en ambas caras, al final de la primera hoja y en el reverso después de las preguntas adicionales para mujeres. (No colocar signos ni rayas, deberá especificar "SI" o "NO" ante cada pregunta y en caso de presentar alguna patología deberá adjuntar certificado médico). Puede descargar el formulario en el siguiente **enlace**

.

- **Documento del concubino/a** (con fotocopia del mismo).
- **Foto color 4 x 4** (fondo claro en papel o digital)
- **Sentencia de Divorcio:** en caso de estar divorciados.

Prórrogas por Estudio (Hijos/as mayores de 21 años)

- **Certificado de estudios oficial** (certificado de alumno regular) de nivel Terciario y/o Universitario, emitido por la autoridad del establecimiento donde cursa.

- **Certificado analítico de materias rendidas** se requiere al menos una materia rendida y aprobada en el año inmediato anterior.
- **Documento del Hijo/a** con fotocopia de la primera y segunda hoja.
- **Foto color 4 x 4** (fondo claro en papel o digital)

Jubilados/as

- **Resolución de baja en U.N.R.** (fotocopia legalizada por la facultad)
- **Certificado de años de Servicio solicitada vía email a personalsede@unr.edu.ar**
- **Fotocopia del último recibo de haberes**
- **Fotocopia recibo/s de Jubilación**
- **Titulares y familiares a cargo afiliados:** presentar documentos con fotocopia de los mismos
- **Cónyuge:** Original con fotocopia o Fotocopia legalizada del Acta de Matrimonio, solicitada a registro civil dentro de los ultimos seis meses.
- **Credencial de Afiliación como Activo**.
- **Foto color 4 x 4** Titular y Familiares a cargo (fondo claro en papel o digital)
- **Constancia de afiliación provisoria a Obra Social Primaria (PAMI o IAPOS)** Titular y familiares a cargo afiliados

- **El pedido de afiliación del nuevo adherente Jubilado, deberá solicitarse dentro del témino de noventa (90) días corridos, contados a partir de la fecha en que concluye su vínculo con la UNR** . De afiliarse dentro de los noventa (90) días corridos, se mantendrán los beneficios obtenidos aún con el cambio de categoría, solamente si existe continuidad en el pago de las cuotas entre la categoría anterior y la solicitada.

Médicos Residentes Becarios Medicina / Bioquímica

- **Resolución del nombramiento.**
- **Declaración Jurada de Antecedentes Médicos:** La misma debe ser completada y firmada por un médico en ambas caras, al final de la primera hoja y en el reverso después de las preguntas adicionales para mujeres. (No colocar signos ni rayas, deberá especificar "SI" o "NO" ante cada pregunta y en caso de presentar alguna patología deberá adjuntar certificado médico). Puede descargar el formulario en el siguiente **enlace**
.

- **DNI** (con fotocopia del mismo).
- **Foto color 4 x 4** (fondo claro en papel o digital)