

**REF: Alta Servicio Complementario.**

Fecha,.....

Señor

Director Provincial del  
Instituto Autárquico Provincial de Obra Social

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

El que suscribe ..... Número de Documento ..... afiliado *TITULAR del INSTITUTO AUTÁRQUICO PROVINCIAL DE OBRA SOCIAL (I.A.P.O.S.)* se dirige a Ud. con el propósito de presentar su **Incorporación al Servicio Complementario**, solicitando se realice el descuento correspondiente.

Declaro conocer que para acceder a todos los beneficios que brinda el Servicio Complementario se deberá observar carencia de 90 días con aportes (tres recibos de sueldos donde conste el Servicio Complementario).

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

.....  
Firma del Titular .

**NOTA: Adjuntar fotocopia del último recibo de sueldo.**