

**REF: Renuncia 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 **renuncia al Servicio Complementario**, solicitando suspender el descuento correspondiente.

Declaro conocer que la renuncia al Servicio Complementario significa no tener acceso a los elementos médicos y servicios que comprende la cobertura del mismo; pudiéndome incorporar nuevamente presentando **pedido formal de Adhesión y Declaración Jurada de Salud** personal y de cada uno de los beneficiarios a mi cargo, observando, previa evaluación y aceptación por la Auditoría Médica del I.A.P.O.S. de las citadas Declaraciones, una carencia de 240 días con aportes (ocho recibos de sueldos) para acceder nuevamente a todos los beneficios.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

.....  
Firma del Titular .

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