



ADMINISTRADORA DE RIEGOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO
FUNDADO EL 19 DE JULIO DE 2007
RNC 430-05927-7

FORMULARIO EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES		FECHA:	DD	MM	AAAA
I. DATOS DEL SOLICITANTE AFILIADO TITULAR					
NOMBRE DEL TITULAR:		CEDULA DEL TITULAR			
DEPARTAMENTO UASD:		CODIGO TITULAR UASD			
DIRECCION DEL TITULAR:		TELEFONO RESIDENCIA TITULAR			
CORREO ELECTRONICO DEL TITULAR:		TELEFONO CELULAR TITULAR			
II. AUTORIZO A ARS-UASD EXCLUIR A LOS DEPENDIENTES					
NOMBRE		APELLIDOS		PARENTESCO	
				TIPO DEPENDIENTE	
				DIRECTO ☐	
				ADICIONAL ☐	
				DIRECTO ☐	
				ADICIONAL ☐	
				DIRECTO ☐	
				ADICIONAL ☐	
				DIRECTO ☐	
				ADICIONAL ☐	
III. MOTIVO DE LA EXCLUSION					

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

RECIBIDO POR