

**Nota inicio de pedido de Afiliación:**

.....(LUGAR Y FECHA)

**Al Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados:**

Por medio de la presente solicito se me otorgue la cobertura médica del convenio "italo-argentino", para residencia: **Permanente - Provisoria** (Tachar la que no corresponda).

Firma:

Aclaración:

N°de Pasaporte o DNI:

