



*Mano*  
*Magu*

Ministerio de Educación y Justicia  
Universidad Tecnológica Nacional  
Rectorado

Buenos Aires, 27 de noviembre de 1987.-

VISTO la ordenanza n° 564 -Plan de Salud de la Universidad Tecnológica Nacional-, y

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario efectuar un relevamiento entre la población estudiantil con el propósito de recabar información sobre la cantidad de alumnos que no cuentan con una Obra Social que los cubra.

Que dicho relevamiento es posible efectuarlo durante la inscripción al ciclo lectivo 1988.

Que el dictado de la medida se efectúa en uso de las atribuciones otorgadas por la Ley 23.068.

Por ello,

EL CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL

RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Efectuar un relevamiento entre los alumnos ingresantes y reinscriptos al ciclo lectivo 1988 a los efectos de determinar cuantos poseen Obra Social.

ARTICULO 2°.- Utilizar para tal relevamiento como modelo el formulario que se adjunta como Anexo I de la presente resolución.

ARTICULO 3°.- Dejar establecido que una vez procesados los datos deberán ser remitidos a la Subsecretaría de Asuntos Estudiantiles de Rectorado a sus efectos.

ARTICULO 3°.- Regístrese, comuníquese. Cumplido, archívese.-

RESOLUCION N° 531/87

*Mano*  
*Magu*

*Mano*  
*Magu*

*Mano*  
*Magu*



RECEIVED  
Blancaqui

Ministerio de Educación y Justicia  
Universidad Tecnológica Nacional  
Rectorado

ANEXO I  
Resolución N°531  
87

PLAN DE SALUD UNIVERSITARIO

COBERTURA MEDICA INTEGRAL

El acceso a la protección y prevención integrales de la salud es un derecho fundamental que tienes como estudiante y un deber de la Universidad ofrecerte todos los medios posibles para obtenerlo. El PLAN DE SALUD UNIVERSITARIO, concebido a tal fin, requiere para su implementación del compromiso de ambas partes. Por eso, te solicitamos la siguiente información:

- 1.- Nombre y apellido .....
- 2.- Estado Civil: soltero      casado      otros
- 3.- Posees Obra Social                      si                      no  
Nombre de la Obra Social .....
- Eres Titular                                      si                      no (en este caso indicar edad y límite de cobertura)
- 4.- ¿Estaría interesado en que la cobertura médica te la ofreciera la Universidad? .....