



República Bolivariana de Venezuela  
Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez  
Dirección de Previsión y Asistencia Integral de Salud,  
" DPAIS - UNESR "

**PLANILLA DE INCLUSIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS  
DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD (DPAIS)**

**Datos del Titular**

Apellidos y Nombre		Fecha de Nacimiento	Sexo M      F
C.I./ N° V E	Profesión:		Fecha de Ingreso
Ocupación:	Núcleo:	Estado Civil:	
Dirección del Titular:			
Ciudad:	Estado:	Teléfono Oficina:	Teléfono Habitación:
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:	

**Personas a Incluir**

cod	Apellidos y Nombre	Parentesco	Ced.Iden.	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

**Beneficiarios en caso de muerte del Trabajador (Gastos por Vida y Accidentes Personales)**

Cod.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Ced. Iden.	% Participación
1				
2				
3				
4				

Declaración:

YO, El Trabajador, declaro que he respondido cuidadosamente y totalmente las preguntas consignadas en el cuestionario precedente y que ellas son verdaderas, completas y exactas. Que no he omitido ningún dato que pueda modificar la opinión de la Dirección de Previsión y Asistencia Integral de Salud (DPAIS). Que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para establecer los beneficiarios a mi cargo, para el beneficio de H.C.M., Gastos Funerarios , Vida y Accidentes Personales.

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

---

Firma de El Trabajador