ANDE

REGISTRO DE DELEGACIONES AUTORIZADAS

Sigla / Nº / Año

Nombre(s) y Apellido(s): _____

C.I.C. N° _____

Personal N°:

Unid. Administrativa: _____ Sigla: _____

Función: _____

DELEGACIÓN POR NIVEL JERÁRQUICO

Indicar la delegación por Nivel Jerárquico que correspond _____

Nombramiento a través de Resolución P/Nº: _____ Fecha: _____

DELEGACIÓN ESPECÍFICA

Documentos delegados:

Motivo de la Delegación Específica: _____

Obs.: La firma completa del funcionario delegado deberá ser igual a la estampada en su C.I. Civil.

Firma Delegado	Media Firma Delegado	Firma Delegante	Firma Jefe Inmediato Superior
Nombre y Apellido:		Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Pers. N°:	Fecha:	Pers. N°: Fecha:	Pers. N°: Fecha:

Observación: Anular los campos no completados con una línea diagonal.-

Original: Secretaria General **(SG)**
1° Copia: Auditoría Interna **(AI)**
2° Copia: Gerencia Financiera **(GF)**