

ANDE

N°:		
F E C H A		

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE ASISTENCIA A LA SALUD

Funcionario Solicitante: _____ N° de Empleado: _____

EL GASTO DE ASISTENCIA A LA SALUD CORRESPONDE A LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- Consultas Médicas Especializadas Derivadas por el Profesional Médico Contratado por la Institución
- Análisis y estudios realizados conforme a Prescripciones emitidas por el Médico contratado o autorizados mediante Derivación
- Compra de Medicamentos recetados por los Profesionales Médicos Autorizados
- Gastos de Movilidad
- Otros Gastos (Indicar): _____

Importe Solicitado Gs.: _____ (Son Guaraníes _____)

Se adjuntan los siguientes documentos: _____

Firma del Funcionario Afectado

VERIFICADO Y CONFORMADO POR:

Observación: _____

Asistente Social: _____
Nombre y Apellido

Firma

N° de Empleado: _____ Fecha: / /

AUTORIZADO POR:

Responsable del Fondo:

Nombre y Apellido

Firma

N° de Empleado: _____ Fecha: / /

RECIBO DE DINERO N°: _____ **Gs.**

Recibí de: _____

La cantidad de Guaraníes: _____

En concepto de Subsidio de Asistencia a la Salud de funcionarios que fueron expuestos a contaminantes de PCB para la cobertura de gastos relacionados a: _____

Nombre y Apellido: _____ N° de Empleado: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma

C.I.N°:

Nota: El Presente Formulario debe ser llenado íntegramente en los campos habilitados, sin enmiendas y sobreraspados para la validez del mismo.