

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

<p>VERIFICADO Y CONFORMADO POR:</p> <p>Observación: _____</p> <p>_____</p> <p>Asistente Social: _____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y Apellido</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p> <p>N° de Empleado: _____ Fecha: / /</p>	<p>AUTORIZADO POR:</p> <p>Responsable del Fondo: _____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y Apellido</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p> <p>N° de Empleado: _____ Fecha: / /</p>
---	---

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 soberraspados para la validez del mismo.