ANDE

1

Sigla / Nº / Año

SOLICITUD DE SUBSIDIO

Nombre y Apellido: 2 _____ Nº de Personal: 3 _____

Dependencia: 4 _____ Cargo: 5 _____

N° de Interno o Teléfono: 6 _____

solicita **subsidio** en concepto de: 7 _____ para lo cual acompaña los siguientes documentos comprobatorios:

8

- ☐ **Certificado de Matrimonio**
- ☐ **Certificado de Nacimiento**
- ☐ **Certificado de Defunción**
- ☐ **Matrícula Escolar y/o fotocopia Libreta de Calificaciones**
- ☐ **Otros (Especificar):** _____

Obs.: 9 _____

Nota: **Certifico bajo mi responsabilidad que los datos consignados en este formulario asi como los documentos comprobatorios son verdaderos y completos.**

10

Firma del Interesado

Fecha: ___/___/___

A: DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL

11

Firma Jefe Unidad Administrativa

Nombre y Apellido: _____

N° de Empleado: Fecha: / /

Dpto. de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)

Observaciones: 12 _____

13

- ☐ **A Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)**
- ☐ **A Dpto. Control de Pagos (SGF/DCP)**

Rubro presupuestario: 14 _____

15

Procesado por

Nombre y Apellido: _____

Fecha: / /

16

Firma Jefe

Nombre y Apellido: _____

N° de Empleado: Fecha: / /

17

- ☐ **A Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)**
- ☐ **A Dpto. de Control de Pagos (SGF/DCP)**

Observaciones: 18 _____

19

Procesado por

Nombre y Apellido: _____

Fecha: / /

20

Firma Jefe

Nombre y Apellido: _____

N° de Empleado: Fecha: / /

ORIGINAL: **DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP)**

1A. COPIA: **DPTO. CONTROL DE PAGOS (SGF/DCP)**

2A. COPIA: **UNIDAD EMITENTE**