

**ANDE****SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE ASISTENCIA A LA SALUD**

N°

F E C H A

Funcionario solicitante: \_\_\_\_\_ Pers. N°: \_\_\_\_\_

**LOS GASTOS DE ASISTENCIA A LA SALUD CORRESPONDEN A LOS SIGUIENTES CONCEPTOS**

- Consultas Médicas Especializadas derivadas por el Profesional Médico contratado por la ANDE.
- Análisis y estudios realizados conforme a prescripciones del 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:****AUTORIZADO POR:**

Observación:

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador Social\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe de Departamento, responsable del Fondo Especial

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Pers. N° \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Pers. N° \_\_\_\_\_

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 Bifenilos Policlorados (PCB) para la cobertura de gastos relacionados a: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Pers. N° \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma**

C.I.N°: \_\_\_\_\_

**Nota:** El presente formulario deberá ser llenado íntegramente en los campos habilitados, sin enmiendas y soberraspados para la validez del mismo.