

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

N°	1
F E C H A	
2	

Funcionario solicitante:

3

Pers. N°:

4

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

5

- 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 (Especificar)

Importe solicitado Gs. 6 (Son Guaraníes \_\_\_\_\_)

Se adjuntan los siguientes documentos

7

8

**Firma del Funcionario afectado****VERIFICADO Y CONFORMADO POR:****AUTORIZADO POR:**

Observación:

9

10

Firma del Trabajador Social

Nombre y Apellido:

Pers. N°

Fecha:

11

Firma del Jefe de Departamento, responsable del Fondo Especial

Nombre y Apellido:

Pers. N°

Fecha:

RECIBO DE DINERO N°

12

Gs.

13

Recibí de

14

La cantidad de Guaraníes

15

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:

16

Nombre y Apellido:

17

Pers. N°

18

Lugar y Fecha:

19

20

**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.