

ANDE

1

Sigla / N° / Año

SOLICITUD DE SUBSIDIO

Nombre y Apellido: 2		N° de Personal: 3	
Unidad Administrativa: 4		Cargo: 5	
Número de Interno o Teléfono particular del funcionario solicitante: 6			
Solicita subsidio en concepto de: 7 para lo cual acompañan los siguientes documentos comprobatorios: 8			
☐ Certificado de Nacimiento			
☐ Certificado de Defunción			
☐ Matrícula Escolar o Constancia de Inscripción al año lectivo correspondiente			
☐ Otros (Especificar):			
Obs.: 9			
Nota: Certifico bajo mi responsabilidad que los datos consignados en este formulario, así como los documentos comprobatorios, son verdaderos y completos.-			
		10	
		Firma del Interesado	
		Fecha:	
A: Departamento de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)			
		11	
		Firma Jefe Unidad Administrativa	
		Nombre y Apellido:	
		Pers. N°:	
		Fecha:	
Departamento de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)			
Observaciones: 12			
		13	
		☐ A Departamento de Gestión del Personal (DRH/DGP)	
		☐ A Departamento de Control de Pagos (GF/DCP)	
Rubro presupuestario: 14			
15		16	
Procesado por		Firma Jefe Unidad Administrativa	
Nombre y Apellido:		Nombre y Apellido:	
Fecha:		Fecha:	
☐ Departamento de Gestión del Personal (DRH/DGP)		17	
☐ Departamento de Control de Pagos (GF/DCP)			
Observaciones: 18			
19		20	
Procesado por		Firma Jefe Unidad Administrativa	
Nombre y Apellido:		Nombre y Apellido:	
Fecha:		Fecha:	

Original: Dpto. Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)
1a. Copia: Dpto. Control de Pagos (GF/DCP)
2a. Copia: Unidad Administrativa emitente