



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



SOLICITUD DE ADELANTO DE FONDOS

VALE

ATENCIÓN: para que este formulario sea tramitado deberá completar **TODOS** los campos.

Montevideo, ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido: _____

Domicilio Electrónico: _____

Área en la que se desempeña: _____

Financiación: _____

Destino			
Motivo de la solicitud			
Fecha de Salida	Hora de Salida del destino	Fecha de Regreso	Hora de Arribo al origen
/ /	____ : ____	/ /	____ : ____

Consiento expresamente que, en caso de que el adelanto de fondos sea aprobado en moneda nacional, el mismo sea realizado en mi cuenta bancaria de Sueldos de Facultad de Enfermería.

Consiento expresamente que, en caso de que el adelanto de fondos sea aprobado en moneda extranjera, el mismo sea realizado de la siguiente manera (marcar la que corresponda):

Transferencia bancaria _____

Cheque en moneda ext. _____

Si es transferencia bancaria se debe especificar:

Nombre del Banco – Sucursal _____ Tipo de cuentas _____ N°de cuenta _____

Consiento expresamente todo lo dispuesto en el Instructivo sobre adelanto de fondos mediante transferencia bancaria aprobado por Resolución N° 4 del CDGAP de fecha 16/9/19 y Resolución N.º 3 del CDG de fecha 30/3/20.

Autorizo que en caso de incumplir con la presentación de la rendición de cuentas que regula la Ley 19.771, la Administración proceda a realizar el descuento correspondiente de mi remuneración.

Firma del Solicitante

Aclaración: _____

Montevideo, ____ / ____ / ____

Quién suscribe _____, como Jерarca del Solicitante avalo la presente solicitud.

Firma del Superior/Encargado/Responsable