



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA



**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	Fecha de Regreso	Hora de Regreso
/ /	:	/ /	:
Solicita dinero para Pasaje:	SI ____ NO ____	Se entrega pasaje por Compras:	SI ____ NO ____

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

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.

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: \_\_\_\_\_

**JERARCA DEL SOLICITANTE**

Montevideo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ avalo la presente solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Superior/Encargado/Responsable