



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA



SOLICITUD DE ADELANTO DE FONDOS

e-Expe

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

Montevideo, ____ / ____ / ____

Quién suscribe _____, C.I.: _____ perteneciente al Departamento / Cátedra _____, 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.

A los efectos de recibir todas las comunicaciones que deban efectuarse declaro que mi domicilio electrónico es: _____.

Firma del Solicitante
Aclaración: _____

SOLICITUD

DESTINO: _____ MOTIVO: _____

Fecha de Salida	Fecha de Regreso	Seguro de Viaje	
/ /	/ /	Póliza:	Importe:
Hora de Salida	Hora de Regreso	Observaciones:	
:	:		

JERARCA DEL SOLICITANTE

Montevideo, ____ / ____ / ____

Quien suscribe _____, C.I.: _____ avalo la presente solicitud.

Firma del Superior/Encargado/Responsable