



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: _____

C.I.: _____

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 a <u>ciudad origen</u>
/ /	____ : ____	/ /	____ : ____
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: _____

Montevideo, ____ / ____ / ____

Nombre y Apellido del Superior: _____ avalo la presente solicitud.

Firma del Superior/Encargado/Responsable