



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: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_ Financiación: \_\_\_\_\_

Fecha de Salida del origen	Hora de Salida del origen	Fecha de Regreso al lugar de origen	Hora de Regreso a ciudad origen
/ /	:	/ /	:
Se solicita pasajes a Compras: SI ___ NO ___	SALTO _____	RIVERA _____	ROCHA _____ T. y TRES _____ MALDONADO _____
Solicita dinero para Pasaje: SI ___ NO ___	SALTO _____ RIVERA _____	ROCHA _____ T. y TRES _____ MALDONADO _____	OTRO DESTINO: _____

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