



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: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Domicilio Electrónico: \_\_\_\_\_

Área en la que se desempeña: \_\_\_\_\_

Destino	
Motivo de la solicitud	
Importe	
Financiación	

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 \_\_\_\_\_

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 Jerarca del Solicitante avalo la presente solicitud.

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