



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SOLICITUD DE ADELANTO DE FONDOS

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

VALE

Montevideo, / /

Nombre y apellido: _____ C.I.: _____
Domicilio Electrónico: _____
Área que desempeña: _____ Motivo: _____
Importe \$: _____

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):

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 Jeraarca del Solicitante avalo la presente solicitud.

Firma del Superior/Encargado/Responsable