



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:

Fecha de salida del origen	Hora de salida del origen	Fecha de regreso al lugar de origen	Hora de regreso a ciudad origen
/ /	:	/ /	:
ORIGEN:		DESTINO:	
Solicita pasajes a Compras:		Solicita dinero para pasajes:	
Solicita alojamiento:		SI	NO
Observaciones / Aclaraciones:			

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