



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