



COMPENSACION DE GASTOS

Lugar y fecha _____

Solicito reconocimiento de gastos realizados, en virtud a lo dispuesto por la Resolución Nro. 05/11. Asimismo informo que los datos consignados en el formulario son veraces y revisten el carácter de Declaración Jurada.

DEPENDENCIA _____

DATOS PERSONALES

I- DEL TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE _____

LEGAJO UTN NRO _____ DOCUMENTO TIPO _____ NRO _____

ESTADO CIVIL _____

DOMICILIO _____ PISO _____ DTO _____ CP _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

ACREDITA OTRA ACTIVIDAD LABORAL SI NO

DE SER SI, QUE OTRA/S OBRA SOCIAL LO CUBRE _____

II- DEL FAMILIAR/ES (no siendo el titular el beneficiario)

II.1 APELLIDO Y NOMBRE _____

PARENTESCO _____ DOCUMENTO TIPO _____ NRO _____ EDAD _____

II.2 APELLIDO Y NOMBRE _____

PARENTESCO _____ DOCUMENTO TIPO _____ NRO _____ EDAD _____

III- CAUSAS QUE MOTIVAN EL PEDIDO _____

IV- IMPORTE SOLICITADO \$ _____ (Pesos _____

_____)

V- OPINION DE AUDITORIA MEDICA REGIONAL _____

SE ADJUNTA _____

FIRMA DEL TITULAR



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL
DIRECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL



VI- RESERVADO PARA REPARTICION

Certifico que los datos consignados son exactos.

Que ha percibido en forma regular hasta el __/__/_____

Tipo de Planta: DOCENTE/NO DOCENTE/DECANO/CONTRATADO/PRODUCIDOS
PROPIOS.

Lugar y Fecha_____

FIRMA

SELLO DEL

FUNCIONARIO CERTIFICANTE

VII- DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA A RECIBIR LA COMPENSACION DE GASTOS, SI LO HUBIERE

Por la presente autorizo a recibir el pago a:

APELLIDO Y NOMBRE _____

DOCUMENTO TIPO_____NRO_____

FIRMA

ACLARACION