

Motivo Solicitud Fecha

Monto Solicitado Plan

Cantidad de Cuotas Importe Cuota Mensual

• Datos del Titular (por favor completar en letra clara)

Apellido: Nombres:

Doc. Identidad Estado Civil Fecha de Nacimiento
N°

Calle: Número: Piso: Depto.:

Cod. Postal: Barrio: Localidad: Provincia:

Teléfono: Mail:

DATOS LABORALES

Legajo: Dependencia de la UTN Fecha de Ingreso

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio Laboral

• Datos del Garante (completar cuando el beneficiario no sea el titular)

Apellido: Nombres:

Doc. Identidad Estado Civil Fecha de Nacimiento
N°

Calle: Número: Piso: Depto.:

Cod. Postal: Barrio: Localidad: Provincia:

Teléfono: Mail:

DATOS LABORALES

Legajo: Dependencia de la UTN Fecha de Ingreso

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio Laboral

• Documentación Adjunta (por favor completar en letra clara)

Tipo de Documentación

- Denuncia Policial Certificado de Damnificado Fotografía
 Fallo Judicial Carta Documento Otros

Cantidad de hojas de documentación presentada

• Autorización del Descuento (por favor completar en letra clara)

Lugar y Fecha Solicitud N°

Por la presente autorizo a la Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional a que se me efectúen descuentos en mis haberes por el importe que a continuación se detalla:

Cantidad de Cuotas importe de cuotas..... importe total.....

Firma del Solicitante

Aclaración

Legajo

.....
Firma y sello de quién certifica
Certifico que la firma corresponde al puño
y letra del afiliado titular solicitante

• Reservado para la Unidad Académica (Recursos Humanos)

Se certifica que los datos declarados por el SOLICITANTE y el GARANTE son exactos y que los mismos pueden afectar sus haberes.

Asimismo se certifica que el agente, el solicitante y su garante, reúnen las siguientes condiciones en sus empleos.

SOLICITANTE

Claustro: Docente No Docente Becario Contratado Planta Permanente Transitorio

Situación Actual: Actividad Licencia Tipo

Antigüedad

GARANTE

Claustro: Docente No Docente Planta Permanente Transitorio

Situación Actual: Actividad Licencia Tipo

Antigüedad

.....
Firma y sello de quién certifica (Por Recursos Humanos)

“Como afiliado titular solicitante he tomado conocimiento y acepto en consecuencia que el monto de ayuda económica otorgado, que asciende a la suma de pesos con...../100 (\$) deberá ser reintegrado a la DASUTeN en cuotas de pesos con...../100 (\$.....), suma que será descontada de mi recibo de haberes a partir de la próxima liquidación. Asimismo el GARANTE aquí firmante acepta que para el hipotético y eventual caso que no se pudiera descontar el monto solicitado al afiliado titular, la DASUTeN podrá descontarlo del recibo de haberes del GARANTE, en las mismas cuotas y montos que para el afiliado titular solicitante. Sin perjuicio de ello, ambos firmantes dejamos constancia que los datos incorporados en la presente son verdaderos y que la misma se suscribe en carácter de Declaración Jurada, motivo por el cual para el caso de omisión ó falsedad quedará a criterio de la DASUTeN recurrir a la cancelación de la deuda por la vía correspondiente”

Lugar y Fecha

SOLICITANTE

Firma.....

Aclaración

Doc.TipoN°

GARANTE

Firma.....

Aclaración.....

Doc.Tipo N°.....