

• **Reservado para el Titular** (por favor completar en letra imprenta)

Me comprometo a realizar la denuncia en caso de pérdida o extravío de la/s credencial/es.
Efectuaré la devolución de la misma, si ceso en la totalidad de los cargos en que revistara en la U.T.N.

Autorizo a D.A.S.U.Te.N. a que me descuenten de mis haberes la suma correspondiente por las credenciales solicitadas.

Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

.....
Lugar y Fecha

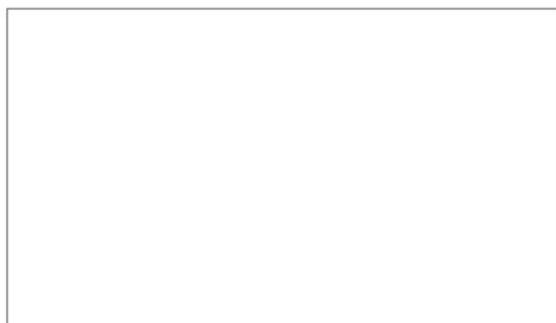
.....
Firma del Titular

.....
Aclaración

• **Reservado para la Repartición y/o Consejo Regional**

Certifico que el titular presta servicios en la Universidad Tecnológica Nacional.

Que ha percibido haberes en forma regular hasta el/...../.....



Sello del Establecimiento

.....
Firma Responsable del Establecimiento

.....
Aclaración



Dirección de Acción Social
de la Universidad Tecnológica Nacional

DELEGACIÓN CENTRAL
Capital Federal
Tel. 54-011 4331-5560 / 5561 / 5567 / 5571
www.dasuten.utn.edu.ar

Delegaciones

Avellaneda
Bahía Blanca
Buenos Aires
Chubut
Confluencia
Córdoba

Concep. del Uruguay

Concordia
Delta
Haedo
Ins. Sup. Prof. Tec.
La Plata
La Rioja

Mar del Plata

Mendoza
Paraná
Pacheco
Rafaela
Reconquista
Río Gallegos

Río Grande

Resistencia
Rosario
San Francisco
San Nicolás
San Rafael
Santa Fé

Trenque Lauquen

Tucumán
Venado Tuerto
Villa María