



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

## SUBSIDIO POR ENFERMEDAD CELÍACA

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Señora Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_D:

El/la que suscribe\_\_\_\_\_

CUIL N°\_\_\_\_\_ agente de la Facultad/Instituto\_\_\_\_\_

se dirige a Ud. y por su intermedio ante quien corresponda con el objeto de solicitar el SUBSIDIO para la compra de alimentos sin TACC, establecido por Disposición N° 1095/12 para el titular/familiar\_\_\_\_\_ D.N.I. N°\_\_\_\_\_

lo cual acompaño con:

**a) Fotocopia de carnet del beneficiario**

Asimismo solicito se acredite dicho importe en la Cuenta\_\_\_\_\_

N°\_\_\_\_\_ Banco\_\_\_\_\_ CBU\_\_\_\_\_

Sin otro particular saludo muy atentamente.-

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**Firma afiliado titular/representante legal**

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Celular/Teléfono fijo: \_\_\_\_\_



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**Dpto. Registros y Afiliaciones:** Informa que.....es afiliado al ISSUNNE. Que el vencimiento del cargo del afiliado titular opera el...../...../.....

Corrientes:...../...../.....

Observaciones:

**Firma y sello del Responsable**

**DPTO. CONTABLE,** para el preventivo correspondiente, el cual se adjunta a fs.....

Corrientes,...../...../.....

**Firma y sello del Responsable**

**DELEGADO RECTORAL,** para la autorización que corresponda y la Disposición pertinente.

Corrientes,...../...../.....

**Firma y sello del Responsable**

**DPTO CONTABLE** para la liquidación correspondiente según Disposición N°.....

Corrientes , ...../...../.....

**Firma y sello del Responsable**

**DPTO TESORERIA** para realizar el depósito pertinente en la cuenta declarada a fs 01

Corrientes,..... /..... /.....

**Firma y sello del Responsable**

**MESA,** para su archivo

Corrientes,...../...../.....

**Firma y sello del Responsable**