



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

COMPENSACIÓN POR DISCAPACIDAD

.....de.....de.....

Señora
Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E.
Dra. María Mercedes González

S / **D:**

El/laque suscribe.....

CUIL N°.....agente de la Facultad/Instituto.....

se dirige a Ud. y por su intermedio ante quién corresponda con el objeto de solicitar la COMPENSACION
PORDISCAPACIDAD, establecido por **RESOLUCION N°258/14** para el titular/familiar.....

.....DNI N°.....para lo cual acompaño:

- a) Fotocopia de carnet del beneficiario
- b) Fotocopia del Certificado Unico de Discapacidad (CUD)

Asimismo solicito se acredite dicho importe en la Cuenta..... N°

Banco..... CBU.....

.. Sin otro particular saludo atte.

OBSERVACIONES:.....

Firma del Afiliado Titular

Domicilio:.....

Correo electrónico:.....

Celular/Teléfono fijo:

Dpto.Registrosy Afiliaciones: Informaque..... es afiliado al
ISSUNNE. Que el **vencimiento del cargo del afiliado titular opera el**...../...../.....

Ctes:...../...../.....

Observaciones:

Firma y sello del Responsable



AREA SERVICIOS SOCIALES para adjuntar informe socio ambiental, constancia de validez del CUD e informe de rigor. Ctes. / /

Ver fs.

Firma y sello del Responsable

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

Corrientes, / /

Firma y sello del Responsable

CONSEJO DE I.S.S.U.N.N.E para su tratamiento y autorización pertinente. Ctes. / /

DELEGADO RECTORAL: Para la Disposición de pago. Corrientes, / /

Firma y sello del Responsable

DPTO CONTABLE, en la fecha se procede a la liquidación de la Compensación pertinente 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