



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

SUBSIDIO ENFERMEDAD CELIACA

.....,.....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 el **SUBSIDIO para la compra de alimentos sin TACC**, establecido por **Disposición N° 1095/12** para el titular/famiiar

.....DNI N°.....lo cual acompaño:

a) Fotocopia de carnet del beneficiario

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:



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

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

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

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