

COMPENSACIÓN POR MATERNIDAD Y/O ADOPCIÓN

(Resol.258/14)

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S _____ / _____ D:

El/la que suscribe.....CUIL/CUIT N°..... agente que presta servicios en la Facultad Instituto....., se dirige a Ud. con el objeto de solicitar se le otorgue la COMPENSACION POR MATERNIDAD Y/O ADOPCION establecida por Resolución 258/14 conforme a la documentación que se acompaña:

- a) Certificado de embarazo a partir de las 12 semanas cumplidas de gestación.
- b) Fotocopias certificada del otorgamiento de la adopción.

Declaro conocer lo preceptuado en la Resolución arriba mencionada: “Ante cualquier circunstancia que altere las condiciones de otorgamiento de la presente compensación, me comprometo a comunicarlo en tiempo y forma al I.S.S.U.N.N.E, caso contrario el mismo generará cargo de lo percibido en más por tal concepto en mi ficha cuenta.”

Sin otro particular saludo muy atentamente.-

Domicilio:.....**TEL**.....

Email:.....

Firma afiliado titular

En la fecha se adjunta constancia de afiliación.

Corrientes,..... de..... de.....

Dpto. Registros y Afiliaciones: Informa que el Sr/Sra..... DNI
N°.....es afiliado al ISSUNNE, y que al mismo corresponde el pago
de..... cuotas a partir del mes de..... de.....
Corrientes:...../...../.....

Firma del responsable

DPTO.CONTABLE, para el preventivo correspondiente, el cual se adjunta afs.....

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

Firma y sello del Responsable

DPTO. TESORERIA, Corrientes,...../...../.....

En la fecha se efectuó el depósito correspondiente. Siga a Mesa a sus efectos.

Firma y sello del Responsable MESA, se procede al archivo de estas actuaciones.

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

Firma y sello del Responsable