

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD CELÍACA

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

Señora Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. 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 SUBSIDO 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: _____

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