

NOTA SOLICITUD DE PAGO DEL SERVICIO DE COMPENSACIÓN PREVISIONAL

.....,de.....de 202..

AL SEÑOR DELEGADO RECTORAL
MÉD. RAÚL ANDRÉS DUARTE
SU DESPACHO:

LA/EL que suscribe (1).....
Afiliada/o al I.S.S.U.N.N.E. carnet N° que presta servicio en la /el
Facultad/Instituto de.....se dirige a Ud. a fin
de solicitar se lo incluya como beneficiaria/o del servicio del Fondo Compensaciones para
el personal de la Universidad Nacional del Nordeste.
A sus efectos deja expresa constancia, que son de su conocimiento las reglamentaciones
que norman la concesión del beneficio que solicita, agregando a sus efectos – los
documentos y antecedentes que las mismas exigen.

.....

.....

Firma -Aclaración

Celular (con whatsapp)

e-mail.....

**(1) APELLIDOS Y NOMBRES como figuran en el documento de identidad.
CELULAR CON WHATSAPP Y E-MAIL OBLIGATORIO.**