

SUBSIDIO POR PATERNIDAD

SOLICITUD N°	
FECHA	

DATOS DEL SOLICITANTE			
APELLIDO Y NOMBRES:		ESTADO CIVIL:	
MATRICULA N.º:		DNI:	FECHA NAC.: / /
DOMICILIO PARTIC.:		C.P.:	LOCALIDAD:
DOMICILIO PROF.:		C.P.:	LOCALIDAD:
CEL.:	TEL. PARTIC.:	TEL. PROF.	
E-MAIL:			
DATOS EMBARAZO			
FECHA NACIMIENTO HIJO: / / (ADJUNTAR CERTIFICADO NACIDO VIVO/ PARTIDA DE NACIMIENTO*)			
TIEMPO DE GESTACIÓN: SEMANAS.			
*Presentar dentro de los 30 días de producido el nacimiento.			
----- FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL			

INFORME TESORERIA											
POSEE SANSIONES ÉTICAS	SI	NO	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">FECHA DE PAGO 3 ULTIMOS MESES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERIODO</td> <td>PAGO / /</td> </tr> <tr> <td>PERIODO</td> <td>PAGO / /</td> </tr> <tr> <td>PERIODO</td> <td>PAGO / /</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA DE PAGO 3 ULTIMOS MESES		PERIODO	PAGO / /	PERIODO	PAGO / /	PERIODO	PAGO / /
FECHA DE PAGO 3 ULTIMOS MESES											
PERIODO	PAGO / /										
PERIODO	PAGO / /										
PERIODO	PAGO / /										
ADEUDA MATRICULA	SI	NO									
ADEUDA AYUDA ECONÓMICA	SI	NO									
ADEUDA CONVENIO	SI	NO									
DECLARACIÓN JURADA PRESENTADA	SI	NO									
ADEUDA COMPROBANTES POR BECAS	SI	NO									
REUNE LOS REQUISITOS SOLICITADOS	SI	NO									
RESOLUCIÓN DE MESA DIRECTIVA DEL / / Vista la solicitud presentada por el Profesional y cumplidos los trámites reglamentarios y administrativos, se resuelve: ACORDAR / NO ACORDAR el subsidio solicitado. OBSERVACIONES: _____ _____ _____											
			_____ TESORERO								

LIQUIDACIÓN DEL IMPORTE DEL SUBSIDIO	
FECHA DE PAGO / /	IMPORTE: \$
FORMA DE PAGO: TRANSFERENCIA BANCARIA	CBU BENEFICIARIO: