



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

FECHA			
-------	--	--	--

INSCRIPCIÓN PARA SUBSIDIO POR GUARDERIA PARA PERSONAL NODOCENTE

DATOS A COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO:

APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE: _____ ESTADO CIVIL: _____
DNI: _____
LEGAJO N°: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO PART.: _____
OFICINA: _____ HORARIO: _____

DATOS DE LOS HIJOS BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO:

APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE: _____
DNI: _____
APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRE: _____
DNI: _____

DATOS DE LA GUARDERIA PRESUPUESTADA:

NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____

CONSIGNAR CON CARÁCTER DE DECLACIÓN JURADA SI PERCIBE OTRO SUBSIDIO EN IGUAL CONCEPTO:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

FOTOCOPIA RECIBO DE HABERES FOTOCOPIA DNI DEL HIJO
CERTIFICACIÓN LABORAL FOTOCOPIA PARTIDA NAC.
FOTOCOPIA DNI TITULAR PPTO. DE LA GUARDERIA PROPUESTA

FIRMA:

ACLARACIÓN:

