



ASOCIACIÓN DE
FUNCIONARIOS
DE LA UNIVERSIDAD
DEL TRABAJO DE URUGUAY

Fondo de solidaridad

Nombre: _____ Nro.C.I.: _____

Nro. Caja Ahorro BROU: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Localidad: _____ Correo Electrónico: _____

Regional: _____ Año de Ingreso: _____ Horario: _____

Monto solicitado: \$U _____ .00 ¿Ha solicitado el préstamo antes? SI _____ NO _____

Propuesta de devolución: _____

Reintegro de Apoyo Solidario

Autorizo a la División de Hacienda de CETP/UTU a efectuar de mis haberes los descuentos correspondientes al préstamo solicitado. Declaro conocer y respetar los términos del reglamento del Fondo de Solidaridad y asumo frente al gremio el compromiso de cumplir con el reintegro del monto prestado.

Firma: _____ Contrafirma: _____

Motivo de solicitud: _____

Aval de 3 afiliados, Regional y/o Secretario.

1.- _____ C.I.: _____

2.- _____ C.I.: _____

3.- _____ C.I.: _____

Regional y/o Secretario: _____ C.I.: _____

OBSERVACIONES: _____

*Compañero Solicitante de ayuda del Fondo de Solidaridad: Favor de llenar en su totalidad y con la mayor precisión los motivos, además adjuntar fotocopias de Cedula de Identidad; Último Recibo de Pago, Documentación, Denuncias, Certificados, Cedulones Judiciales, Intimación de pagos o lo que corresponda.

C.I. _____

Fecha: ____ / ____ / 2018.

Firma Solicitante