



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: .....

