



1. SOLICITUD

A. Datos del Solicitante

Nombre y Apellido:			
Código N°:	Repartición:		
Situación de Revista*	<input type="checkbox"/> 1° Func. de Gobierno	<input type="checkbox"/> 4° No Permanente	<input type="checkbox"/> 4a. De Gabinete
	<input type="checkbox"/> 2° Docente		<input type="checkbox"/> 4b. Personal Contratado
	<input type="checkbox"/> 3° Permanente		<input type="checkbox"/> 4c. Personal Transitorio
¿Tiene otro empleo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Recibe asignación familiar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

B. Datos del Cónyuge

Nombre y Apellido:			
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lugar de Trabajo:	
¿Percibe bonificación por nacimiento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Percibe salario por hijos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por hijos

En caso de no percibir asignaciones familiares adjuntar negativa del ANSES o constancia de no apercibimiento del empleador.

C. Bonificación Solicitada

<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Nacimiento	<input type="checkbox"/> Asignación por hijo incapacitado	<input type="checkbox"/> Subsidio por familiar a cargo
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Adopción / Reconocimiento	<input type="checkbox"/> Prenatal	<input type="checkbox"/> Otro:

D. Documentación que se adjunta

<input type="checkbox"/> Acta de Matrimonio	<input type="checkbox"/> Acta de Reconocimiento	<input type="checkbox"/> Certificado Médico	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Partida de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Copia Resol. Judicial	<input type="checkbox"/> Certif. Supervivencia

E. Padre o hermano a cargo incapacitado o mayores de 65 años

(Completar sólo en caso de solicitar la asignación mencionada en este ítem)

Nombre Completo:		Parentesco:
Fecha de Nacimiento:/...../.....	Domicilio:	
Ingresos que percibe	Concepto:	Importe:

Es obligación del agente denunciar de inmediato cualquier cambio que modifique la presente declaración.-

Fecha:/...../.....

Firma del Solicitante

2. DE LA REPARTICIÓN

Pase a la Dirección de Personal para su consideración.	
Fecha:/...../.....	_____ Firma del Director

3. DEPARTAMENTO DE SUELDOS

De acuerdo a la solicitud de pago de asignación por incapacitado se realiza la presente solicitud al Dpto. Control de la salud para que emita el informe correspondiente.	
Fecha:/...../.....	_____ Firma del Director

