



MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA  
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE ACCIÓN SOCIAL



D.A.S.U.Te.N

ANEXO I  
RESOLUCION N° 197  
FORMULARIO N° 6001

**SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS**

Lugar y Fecha .....

**SEÑOR PRESIDENTE:**

Pongo en su conocimiento que he tenido que afrontar gastos no cubiertos por la Obra Social prestadora (1), razón por la cual solicito el reintegro correspondiente. Además le informo que los datos consignados en la presente son correctos y revisten el carácter de **DECLARACION JURADA**.

**DEPENDENCIA:**..... **PEDIDO N°** .....

**DATOS PERSONALES**

**I. DEL TITULAR**

APELLIDO Y NOMBRE.....	LEGAJO UTN N°.....
DOCUMENTO TIPO..... N°.....	ESTADO CIVIL.....
DOMICILIO.....	PISO..... DPTO..... C.P.....
LOCALIDAD.....	PROVINCIA.....
POSEE OTRA ACTIVIDAD LABORAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DE SER SI, QUE OBRA/S SOCIAL/ES LO CUBREN?.....	

**II. DEL FAMILIAR (cumplimentar cuando el beneficiario no sea el titular)**

APELLIDO Y NOMBRE.....	PARENTESCO.....
DOCUMENTO TIPO..... N°.....	EDAD.....

**III. REINTEGRO SOLICITADO**

IMPORTE RECLAMADO \$.....	(PESOS.....)
(1) MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL REINTEGRO.....	
.....	
.....	
.....	

.....  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

.....  
**ACLARACION**

PEDIDO N° .....

**IV. RESERVADO PARA LA REPARTICION**

Certifico que los datos consignados en I y II son exactos. Que el titular presta servicios en la Planta PERMANENTE/TRANSITORIA, del personal DOCENTE/NO DOCENTE de esta dependencia.

Que ha percibido en forma regular hasta el ...../...../.....  
Que la remuneración mensual Neta es de \$ .....(PESOS.....)

Lugar y fecha:.....

.....  
**FIRMA**

.....  
**SELLO DEL  
FUNCIONARIO CERTIFICANTE**

**V. CERTIFICACION DEL CONSEJO REGIONAL**

Se certifica que el afiliado por el cual se inicia la presente solicitud, se hallaba, al momento de efectuar los gastos por los que requiere reintegro, en condiciones de utilizar los servicios de DASUTeN, de acuerdo con lo establecido en la Ordenanza N° 698, Cap. IV. artículos 4° a 7° inclusive y reglamento de afiliaciones, Resolución N° 2/92.

.....  
**SELLO**

.....  
**FECHA**

.....  
**FIRMA**

**VI. DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA A RECIBIR EL PAGO**

Por la presente autorizo a recibir el pago a:

APELLIDO Y NOMBRE.....  
DOCUMENTO TIPO.....N°.....

.....  
**FIRMA**

.....  
**ACLARACION**

**VII. OBSERVACIONES (A completar por el Auditor Regional de la DASUTeN)**

.....

.....

.....

.....