

COMPENSACIÓN POR ASIGNACIÓN DE TAREA**DATOS DEL DOCENTE**

APELLIDO Y NOMBRE: _____

CUIL/ DNI: _____ LEGAJO: _____

MAIL: _____

DEPARTAMENTO ACADÉMICO: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

SEDE / CCRR / DELEGACIÓN (asiento habitual de tareas): _____

VISTO, VERIFICADO

DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

FECHA		DESTINO	DATOS ACTIVIDAD ACADÉMICA	PASAJE (\$)	ALOJAMIENTO (\$)
IDA	REGRESO				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en este formulario son correctos y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

...../...../.....

FIRMA SOLICITANTE

VISTO, CONFORME

...../...../.....

JEFE DE DIVISIÓN

VISTO, CONFORME

...../...../.....

DIRECTOR DECANO