

**PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD Y BIENESTAR
DE FUNCIONARIOS Y ESTUDIANTES BECARIOS
DEL SCBU**

SOLICITUD DE INFORME AL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

FACULTAD / SERVICIO

SECCION PERSONAL informa que el/la Sr/a

ocupa un cargo.....Esc.....Gdo.....Horas..... semanales.

Nº de cargo Año de ingreso.....

Con asistencia regular tramite de comprobación de aptitud psico- física otros

Observaciones
.....
.....
.....

Se remite al Programa “Fondo de Ayuda para funcionarios de la UdelaR” - Servicio Central de Bienestar Universitario

FECHA.....