

3

REINTEGRO DE SUBSIDIO TRANSITORIO

DATOS PERSONALES

1° Apellido	2° Apellido	1° Nombre	2° Nombre
Localidad de Nacimiento	Departamento	Nacionalidad	Ciudadano Legal - Fecha
CI	CC	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
Domicilio _____ N° _____ Apto. _____ Entre calle _____ y _____ Localidad _____			Código postal Departamento
Teléfono	Celular	email	
Fecha de Ing. Adm. Pública	Fecha de Ing. en ANEP	Consejo en que Ing. en ANEP	Fecha de Ing. en CODICEN

CARGOS PÚBLICOS DENTRO DE ANEP

Asignatura y/o cargo	Repartición	Posesión			Horas semanales	Observaciones
		Día	Mes	Año		
Total de horas						

CARGOS PÚBLICOS FUERA DE ANEP

Asignatura y/o cargo	Repartición	Posesión			Horas	Observaciones
		Día	Mes	Año	Semanales	
Total de horas						

DATOS SOBRE SUBSIDIO TRANSITORIO

Fecha vencimiento del subsidio			Manifieste intención de continuar con el desempeño de las funciones en ANEP	
Día	Mes	Año	SI	NO

CURSOS REALIZADOS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO POR EL SUBSIDIO TRANSITORIO

Firma	
Contrafirma	
Cédula de Identidad	
Localidad	

REMISIÓN DEL FORMULARIO

FAX: 2 902 86 35

CORREO ELECTRÓNICO: personal.rrhh.codicen@gmail.com**SOLO PARA USO INTERNO**

Se presentan certificados		Evaluación para nueva función		Resultado de la Evaluación
SI	NO	SI	NO	

Este formulario debe ser presentado previo a realización de peritaje médico, antes del cese al cobro del subsidio transitorio. Su presentación debe ser al Departamento de Personal de Cada Desconcentrado, APROXIMADAMENTE 6 MESES ANTES DE FINALIZADO EL SUBSIDIO TRANSITORIO.