

COMPENSACION POR GASTOS DE TRASLADO
MESAS DE EXAMEN
DOCENTES NIVEL UNIVERSITARIO

Fecha Actual: / /

Apellido y Nombres: _____

Documento Tipo: _____ N° _____

Domicilio: _____

Departamento _____ Localidad _____

Mesas de examen mes de: _____

Fecha de Mesa de examen Primer llamado: desde el / / hasta el / / .-

Fecha de Mesa de examen Segundo llamado: desde el / / hasta el / / .-

Establecimiento: _____

Departamento _____ Localidad _____

El/la abajo firmante DECLARA BAJO JURAMENTO que, a los fines de la percepción de la compensación por gastos de traslado, ha concurrido a las mesas de examen, hasta el establecimiento donde presta efectivamente servicios:

PRIMER LLAMADO

LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA

SEGUNDO LLAMADO

LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA	Km IDA	Km VTA

FIRMA DEL AGENTE

AUTORIDAD COMPETENTE
(Firma y aclaración o sello)