

**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.....