|  |
| --- |
| REGISTRO |
| Solicitud de Pago del Adicional por Título de Posgrado  |
| REVISIÓN: 0 | FECHA: 12/06/2018 | CÓDIGO: RE\_DPE\_012 |

 **Fecha:**

**SEÑOR DECANO/A O DIRECTOR/A:**

Por su intermedio, me dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle el pago del ***“Adicional por Título de Posgrado****”,*  detallando a continuación mis datos personales:

**Unidad Académica**:

**Nombre y Apellido del agente:**

**Tipo y número de documento: CUIL:**

**Número de legajo personal:**

**Número Telefónico:**

**Correo electrónico**

**Domicilio actualizado:**

**Tipo de Titulo presentado** (marcar con una cruz **X** lo que corresponda)

DOCTORADO

MAESTRIA

ESPECIALIZACIÓN

**IMPORTANTE:**

**- DEBERA ADJUNTARSE DOS (2) COPIAS DEL TITULO DE POSGRADO,** las cuales tienen que cumplir con los requisitos detallados en el “I**NSTRUCTIVO**” de la CIRCULAR N° 54/2018-GESTIÓN DE PERSONAL.

**- En aquellos casos que los TITULOS FUERAN REDACTADOS EN IDIOMA EXTRANJERO,** estos deberán acompañarse con su correspondiente **traducción hecha por traductor matriculado**. (art. 28° Dec. Nac. 1759/72.)

-Original: para el expediente.

-Duplicado: para el interesado.

-Triplicado: para la Unidad Académica. (Legajo Personal)

**Lugar y Fecha:…………………………… ....................................................**

 **Firma y Aclaración del Solicitante**

**FIRMA Y SELLO DE RECEPCIÓN DE RECURSOS HUMAMOS**