

ANTICIPO DE RETRIBUCIONES

SOLICITUD	DATOS DEL SOLICITANTE	
	Nombre y apellidos:	
	D.N.I.:	Destinado en:
	Teléfono:	Categoría:
	Puesto:	
	DATOS DEL ANTICIPO	
	Importe:	Plazo amortización:
<p style="text-align: center;">El solicitante se compromete a respetar la retención de haberes para la amortización del anticipo y a su devolución en caso de pasar a una situación administrativa diferente a la del servicio activo o en supuesto de causar baja en el SESCAM por traslado o comisión de servicios a otro Servicio de Salud.</p> <p style="text-align: center;">En, a de de</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>		

SR. DIRECTOR GERENTE DE