



C.P.E.I.S.
Toledo

SOLICITUD DE ANTICIPO REINTEGRABLE

Número
Fecha

Solicitante	D.N.I.
-------------	--------

DATOS PERSONALES

Domicilio	Residencia	Teléfono
Observaciones		

DATOS PROFESIONALES

Funcionario	Laboral	Centro de trabajo
Puesto de trabajo	Categoría	

CONDICIONES GENERALES

ORDEN DE PRELACIÓN

- Enfermedad que requiera tratamiento costoso, no dispensado por SS.SS o Entidad Concertada.
- Adquisición de primera vivienda.
- Cualquier otro asunto que la Comisión de Acción Social considere de interés.
- Máximo a solicitar: 3.005 euros.
- En el caso de que ambos cónyuges sean empleados públicos, sólo se concederá un anticipo reintegrable por unidad familiar.
- En todo caso se acompañará justificante acreditativo del gasto.
- En el supuesto de inminente jubilación o cese de la relación laboral, el plazo de reintegro no podrá exceder de la fecha de aquellos.
- La concesión de anticipos requiere la existencia de una relación de empleo permanente y fija.

CONCESIÓN

Dt. Núm.

Fecha

DENEGACIÓN

Causas

NOTIFICACIÓN

Firma

Rgtr.º sal. Núm.

Fecha

SOLICITUD

3.005 euros

euros

REINTEGRO

Veinte mensualidades (normal general)

mensualidades

Autorizo a descontar de mi nómina mensual el anticipo solicitado, en las mensualidades de referencia.
FIRMA,

Fdo.:

CANTIDAD CONCEDIDA	CUOTA PAGO MENSUAL
--------------------	--------------------