

A.N.E.P.

**SOLICITUD DE SUBSIDIO TRANSITORIO POR INCAPACIDAD
(Según Ley N° 17859 Art. único Literal C)**

Sr. Director General del

Consejo de _____

El que suscribe solicita percibir el Subsidio transitorio servido por el B.P.S. a partir del _____

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° COBRO: _____
C.I.: _____ C.C.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
TELF.: _____ MOVIL. _____ DOMICILIO: _____
DEPARTAMENTO: _____ LOCALIDAD: _____

DATOS FUNCIONALES

FECHA INGRESO A LA ADM.PÚBLICA: _____ FECHA INGRESO A A.N.E.P. _____
CARGOS EN LA INSTITUCIÓN: _____
RADICACIÓN: _____
CARGO/S DENTRO DE A.N.E.P.: _____
CARGOS EN OTROS ORGANISMOS DEL ESTADO: _____
CARGO EN EMPRESA PRIVADA: _____

OTROS DATOS

PERCIBE JUBILACIÓN ANTE EL B.P.S. SI NO AFILIACIÓN: _____
PERCIBE PENSIÓN ANTE EL B.P.S. SI NO AFILIACIÓN: _____

FECHA DE VENCIMIENTO DEL SUBSIDIO: _____

CAPACITACIÓN LEER ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR

«LA PRESTACIÓN DEL SUBSIDIO TRANSITORIO POR INCAPACIDAD PARCIAL ESTÁ ORIENTADO A QUE, DURANTE SU USUFRUCTO, EL FUNCIONARIO SE CAPACITE PARA DESEMPEÑAR OTRAS TAREAS PARA LAS QUE ESTÉ APTO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOFÍSICO, DIFERENTES A LAS QUE NO PUEDE REALIZAR Y QUE SON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD PARCIAL.»

«LOS FUNCIONARIOS QUE MANIFIESTEN LA INTENCIÓN DE CONTINUAR EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES EN LA ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA LUEGO DEL USUFRUCTO DEL SUBSIDIO, DEBERÁN HACERLO POR ESCRITO PREVIO AL CESE DEL COBRO DEL MISMO, COMPLETANDO UN FORMULARIO CONFECCIONADO A ESOS EFECTOS Y SOMETERSE A UN PERITAJE PSICOFÍSICO EN LA UNIDAD DE CERTIFICACIONES Y PERITAJES MEDICOS, A FIN DE DETERMINAR LA NO EXISTENCIA DE IMPEDIMENTOS MÉDICOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES A LA TAREA HABITUAL.»

«SI LA UNIDAD CITADA ENTENDIERA QUE EL FUNCIONARIO ESTÁ APTO PARA LA FUNCIÓN, SE REINTEGRARÁ A LA MISMA CON EL MISMO CARÁCTER QUE REVESTÍA AL MOMENTO DE PASAR AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO TRANSITORIO, PREVIA RESOLUCIÓN DEL CONSEJO RESPECTIVO, RECIBIENDO SUS HABERES DESDE LA EFECTIVA TOMA DE POSESIÓN.»

«SI LA MISMA ENTIENDE QUE EL FUNCIONARIO NO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE CONTINUAR CON SU TAREA HABITUAL, ÉSTE DEBERÁ APORTAR CERTIFICADO DE HABERSE CAPACITADO EN OTRO TIPO DE TAREAS DIFERENTES DURANTE EL USUFRUCTO DEL SUBSIDIO: INFORMÁTICA, AYUDANTE DE BIBLIOTECA, CONTABILIDAD, TAREAS ADMINISTRATIVAS, PREPARACIÓN DE MATERIAL DOCENTE, OFICIOS DIVERSOS, ENTRE OTROS, LOS QUE PODRÁN CUSARSE EN LOS CENTROS DEL CONSEJO DE EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL.»

«UNA VEZ CONCLUIDA LA ETAPA DE CAPACITACIÓN SE REALIZARÁ PRUEBA DE EVALUACIÓN ACORDE CON LA NUEVA FUNCIÓN A DESEMPEÑAR.»

«AQUELLOS FUNCIONARIOS QUE NO PRESENTEN IMPEDIMENTOS MÉDICOS EN EL PERITAJE PSICOFÍSICO PARA CUMPLIMIENTO DE LAS NUEVAS TAREAS Y QUE DEMUESTREN POSEER CONOCIMIENTOS ACEPTABLES EN LA PRUEBA DE EVALUACIÓN, SERÁN ASIGNADOS A ESTAS FUNCIONES INDEPENDIEMENTE DEL ESCALAFÓN AL QUE PERTENEZCAN.»

«EN LOS CASOS DE HABERSE CAPACITADO, SERÁ CARGA DEL FUNCIONARIO COMPARECER ANTES DEL VENCIMIENTO DEL SUBSIDIO TRANSITORIO ANTE LA UNIDAD DE CERTIFICACIONES Y PERITAJES MÉDICOS A FIN DE QUE ESTA EVALÚE SU EVOLUCIÓN Y CAPACITACIÓN.»

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL INTERESADO