



# PODER PARA COBRO DE HABERES

*(Por única vez, para funcionarios con licencia médica)*

Montevideo, ..... de ..... de 20 .....

El/La que suscribe: .....  
*Nombres y Apellidos* , .....  
*Ficha de cobro*

....., domiciliado/a en .....  
*Cédula de Identidad*

**declaro estar imposibilitada/o de concurrir personalmente a hacer efectivo el cobro de mis**

**haberes por encontrarme en uso de licencia médica, por lo cual autorizo a** .....  
*Nombres y*

....., .....  
*Apellidos* , .....  
*Cédula de Identidad*

, a cobrar y percibir de la ANEP, Consejo de Educación Inicial y Primaria, por UNA SOLA VEZ, los

haberes que puedan corresponderme en mi calidad de .....  
*Cargo*

\_\_\_\_\_  
**Firma del titular**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración de firma**

**VER INSTRUCTIVO AL DORSO**

# ***INSTRUCTIVO***

(del formulario H.068)

El apoderado deberá **presentar** en la DIVISIÓN HACIENDA, **Sección Intervención Previa al Pago**:

- 1) Este formulario firmado por el funcionario en uso de licencia médica, autorizando a cobrar sus haberes.
- 2) Certificado médico en una de las siguientes formas:
  - a) expedido por la Unidad de Certificaciones y Peritajes Médicos del CODICEN; presentar original y **fotocopia**; la cual permanecerá en la oficina de Pagos
  - b) certificado **original** de médico tratante en hospital o mutualista con un **timbre profesional**. Allí debe especificarse el período en que el funcionario permanecerá imposibilitado de concurrir a percibir sus haberes por encontrarse en uso de licencia médica. Esta constancia permanecerá en la oficina de Pagos.
- 3) Cédula de Identidad del funcionario con licencia médica. (NO FOTOCOPIA)
- 4) Cédula de Identidad de la persona autorizada. (NO FOTOCOPIA)