



## AUTORIZACIONES SISTEMA ALTERNATIVO

Código: F 040  
Versión: 2  
Inicio Vigencia: 10/9/18  
Páginas: 2 de 2

Montevideo, .....

Sres. Integrantes del  
Consejo Directivo de  
CASEFCASMU  
Presente

De mi mayor consideración:

Por la presente solicito a Uds. autorizar la atención del servicio  
odontológico de:

Nombre completo:.....

C.I.:..... Fecha de Nacimiento: .....

Parentesco: .....

Dirección: .....

Tel fijo: ..... Celular:.....

Email: .....

Banco de acreditación de sueldo o jubilación:.....

**El abajo firmante, titular del beneficio, se hace responsable de los costos generados por dicha atención.**

Firma del funcionario:.....

N° de Ficha: .....

Aclaración de firma: .....

C.I.: .....



Resolución:

.....  
.....  
.....  
.....

Fecha: ..... Firma: .....