

**SOLICITUD DE PAGO DE GRATIFICACIÓN ESPECIAL COVID-19**

|  |
| --- |
| Año: |

|  |
| --- |
| Dependencia: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° ORDEN** | **C.I. N°** | **NOMBRE Y APELLIDO** |  **INSTITUCIÓN** | **CARGO** | **FUNCIÓN** | **DEPENDENCIA** | **EXPOSICIÓN** (uso exclusivo de DGDTH) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE

(SELLO DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE)