



Programa de Ayudantías de Cátedra e Investigación

Solicitud de Depósito Directo

Yo, _____, Núm. Seguro Social _____, estudiante del Recinto de Ciencias Médicas, autorizo a la Universidad de Puerto Rico a depositar en mi cuenta bancaria:

Cheque

Ahorro

Número de Cuenta _____ del Banco _____,

Número de Ruta _____, el pago neto proviene de la ayudantía, al cual soy elegible.

La vigencia de esta autorización será de: _____ al _____.

Mes y año

Mes y año

Me comprometo a devolver al Recinto de Ciencias Médicas cualquier cantidad que se acredite indebidamente a mi cuenta bancaria. De no cumplir con este requerimiento, podré ser declarado deudor del Recinto de Ciencias Médicas.

Si deseo darme de baja del servicio de depósito directo, notificaré a la Oficina de Ayudantía del Decanato de Asuntos Académicos del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, mediante una carta, la cual presentaré con 30 días de antelación a la fecha de efectividad.

Los estudiantes que hagan uso de este servicio se les enviarán los talonarios a su dirección de correo electrónico del RCM.

Correo Electrónico: _____
(El que se le asignó en el RCM)

Los que no tengan correo electrónico del RCM, tendrán que pasar a recoger los mismos por la Oficina del Programa de Ayudantía. **Luego de 3 meses o 3 talonarios sin recoger se procederá a suspender el servicio de Depósito Directo.**

NOTA: El proceso de activación del Depósito directo toma un periodo aproximado de un mes o mes y medio, en lo que el Banco verifica la transacción y la activa. Por tanto, el primer pago (Septiembre) lo tendrá que recoger en la Oficina de Pagaduría en el Piso 7, Oficina A-702.

Firma del Estudiante

Fecha

PARA USO OFICIAL

Fecha de activación del Depósito Directo en Sistema HRS: _____