UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

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 del _____ al _____.

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 Decanto 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 tendrán que pasar por sus talonarios a la Oficina del Programa de Ayudantía a recoger los mismos, 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.

_____ _____
Firma del Estudiante Fecha

PARA USO OFICIAL

Fecha de activación del Depósito Directo en Sistema HRS: _____