
Agencia

Núm. de Solicitud

Dirección

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN SUELDO CON CARGO A LA LIQUIDACIÓN
DE LOS EXCESOS DE LICENCIAS ACUMULADAS PARA PAGO DE DEUDAS
CONTRIBUTIVAS**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(Para ser completado por el empleado)

Nombre del Empleado: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencia: _____ Teléfono Oficina: _____

DATOS DE LA DEUDA CONTRIBUTIVA DEL EMPLEADO

Conforme a lo dispuesto en la Ley Núm. 165 del 10 de agosto de 2002, solicito de mi pago de liquidación de los excesos de licencia de vacaciones regulares enfermedad, un descuento por el importe de \$ _____ para acreditar a la deuda reflejada en la Certificación de Deuda adjunta.

Certifico que a la fecha de esta solicitud estoy, no estoy acogido a los beneficios de un plan de pago o descuento de sueldo con el Departamento de Hacienda.

Firma del contribuyente

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA DE OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICO que efectuamos el descuento solicitado por el empleado en la Nómina Núm. _____ del _____ por el importe de \$ _____

Nombre y Firma del Oficial de Nómina

Título

Fecha

Conservación: Diez años

* **No** se aceptará este formulario sin la Certificación de Deuda emitida por el Secretario de Hacienda.