# UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA

DECLARACIÓN JURADA DE LOS CARGOS Y

ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE

8

7

Ingreso

Funciones que desempeña

Lugar donde presta servicios

Horario que cumple

Sueldo o Retribución

Empleador

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

Imputación presupuestaria

Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos

Cumple horario completo o reducido

De horas a

Ingreso

Dependencia, Oficina, Facultad

Funciones que desempeña

Repartición

Ministerio, Secretaría de Estado, etc.

6

Sueldo o Retribución

Imputación presupuestaria

Sueldo o Retribución

Cumple horario completo o reducido

De horas a

Dependencia, Oficina, Facultad

Repartición UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA

Localidad

Nº°

Domicilio

D.M.

Matrícula N°

L.C. o L.E. o D.N.I.

1

3

Cédula de Identidad N°

Expedida por

En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación

Fecha de Nacimiento

Apellido

La mujer casada, viuda o separada indicará primero Apellido de Soltera

Nombres

Escribir todos los nombres sin abreviaturas

2

Provincia

Lugar donde desempeña funciones

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

4

Localidad

Provincia

Calle

Nº

Ministerio, Secretaría de Estado, etc.

Funciones que desempeña

Ingreso

Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5

Ministerio, Secretaría de Estado, etc.

Localidad

Provincia

Calle

Nº

Repartición

Funciones que desempeña

Ingreso

Dependencia, Oficina, Facultad

Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos

Cumple horario completo o reducido

De horas a

Sueldo o Retribución

Imputación presupuestaria

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

Localidad

Provincia

Calle

Nº

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, Etc.)

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

Régimen Causa Institución o Caja que lo abona

Desde que fecha Importe

Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES

S

V

J

M

M

L

D

8

7

6

5

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Jefe Superior del Organismo

FECHA

Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agreguese abajo constancia al legajo personal del causante.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Jefe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del declarante

4

(X) Tachar lo que corresponda

FECHA

(X) CONSIDERANDO:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art.

Que se cumplen los extremos indicados en el Art.

Que asimismo surge que las tareas la desarrolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por tanto:

AUTORIZAR: La acumulación de que se trata, por separado dese cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y Diríjase nota comunicando la posición tomada solicitándose se sirva acusar recibo y manifestar su conformidad.

LUGAR Y FECHA

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2 y 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente haya incurrido en alguna falsedad, ocultamiento u omisión.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Jefe Superior del Organismo

LUGAR Y FECHA

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas modificaciones que se produzcan en el futuro.