



FOTO

**FORMULARIO DE REGISTRO UNICO DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA**

**NO DOCENTE**

**1. DATOS PERSONALES**

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_

DNI. N° \_\_\_\_\_ CUIL N° \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA O DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR**

N°	APELLIDO Y NOMBRE DE FAMILIARES	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DEL VINCULO	DNI N°	GRADO DEL PARENTESCO	VIV E	ACIDA D
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

**3. DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA:**

MOTIVO DEL ALTA: 1. INGRESO:  2. REINCORPORACION:

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ RESOLUCION N° \_\_\_\_\_

CATEGORIA \_\_\_\_\_ FUNCION \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA ACTUAL \_\_\_\_\_ OTRAS DEPENDENCIAS ANTERIORES

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**4. DATOS RELACIONADOS AL GRADO DE INSTRUCCION**

DOCTORADO  POSTGRADO  UNIVERSITARIO  PROF. SUPERIOR  Terciario

COMPLETO  INCOMPLETO-CURSA  INCOMPLETO-NO CURSA

NOMB. TITULO DE GRADO: \_\_\_\_\_

NOMB. TITULO DE POSTGRADO: \_\_\_\_\_

**SECUNDARIO**

COMERCIAL  BACHILLER  TECNICA  OTRA ORIENTACION

COMPLETO  INCOMPLETO  CURSA

IDIOMAS EXTRANJERO: a)..... HABLA  LEE  ESCRIBE  TRADUCE

b)..... HABLA  LEE  ESCRIBE  TRADUCE

**5. DATOS RELACIONADOS A SEGURO Y RIESGO DE TRABAJO**

**COBERTURA DE SEGURO OPTATIVO**

SI  NO

**TIPO DE SEGUROS:** a) COLECTIVO  b) AMP/SEPELIO  c) ACCIDENTE DE TRAB  d) COLECTIVO/CONYUG

**TRABAJA EXPUESTO A RIESGOS?**

SI  NO

TIPOS DE RIESGOS: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTES SON EXACTOS Y CORRECTOS**

LUGAR Y FECHA ..... FIRMA.....

**6. DATOS RELACIONADOS A OTRAS ACTIVIDADES DE ORDEN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

MINISTERIO	CALLE : _____ N° _____
SECRETARIA, DIRECCION O REPARTICION	LOCALIDAD:
DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD:	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:
CUMPLE HORARIO (COMPLETO O REDUCIDO)	FECHA DE INGRESO:
DE HORA: _____ A: _____	CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON EXACTOS Y CORRECTOS:
MINISTERIO	LUGAR: _____ FECHA: _____
SECRETARIA, DIRECCION O REPARTICION	CALLE: _____ N° _____
DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD:	LOCALIDAD
CUMPLE HORARIO (COMPLETO O REDUCIDO)	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:
DE HORAS: _____ A: _____	FECHA DE INGRESO:
PERCEPCION DE PASIVIDADES (JUBILACIONES, PENSIONES, RETIROS, ETC.)	CERTIFICO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON EXACTOS Y CORRECTOS:
EN CASO DE SER TITULAR DE ALGUNA PASIVIDAD ESTABLECER:	LUGAR: _____ FECHA: _____
REGIMEN: _____ CAUSA: _____ INSTITUCION O CAJA QUE LO ABONA: _____	
DESDE QUE FECHA: _____ IMPORTE: _____	

DETERMINE SI PERCIBE EL BENEFICIO O HA SIDO SUSPENDIDO A PEDIDO DEL TITULAR

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON EXACTOS Y QUE NO SE HA OMITIDO NINGUN DATO QUE CORRESPONDA INFORMAR.

FECHA : .....

FIRMA: .....