



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	INCAPA CIDAD
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: