

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE FORMOSA**  
**DECLARACIÓN JURADA DE LOS CARGOS Y**  
**ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE**

1	L.C. o L.E. o D.N.I.	Matrícula N°	D.M.
Cédula de Identidad N°			
Expedida por			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
Fecha de Nacimiento			
Teléfono:			
EMAIL:			

2	Apellido	Nombres
Escribir todos los nombres sin abreviaturas		

3	Domicilio	N°	Localidad	Provincia
---	-----------	----	-----------	-----------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES  
 Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

4	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.	Calle	Localidad
			Provincia
Repartición		Funciones que desempeña	
Dependencia, Oficina, Facultad		Ingreso	
Cumple horario completo o reducido		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
De horas			
Sueldo o Retribución			
Imputación presupuestaria			

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.	Calle	Localidad
		N°	Provincia
Repartición		Funciones que desempeña	
Dependencia, Oficina, Facultad		Ingreso	
Cumple horario completo o reducido		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
De horas			
Sueldo o Retribución			
Imputación presupuestaria			

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.	Calle	Localidad
		N°	Provincia
Repartición		Funciones que desempeña	
Dependencia, Oficina, Facultad		Ingreso	
Cumple horario completo o reducido		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
De horas			
Sueldo o Retribución			
Imputación presupuestaria			

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	Empleador	Lugar donde presta servicios
Sueldo o Retribución		Funciones que desempeña
Horario que cumple		Ingreso

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

8	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

		D	L	M	M	J	V	S
4								
5								
6								
7								
8								

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 horas modificaciones que se produzcan en el futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma del declarante

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

FECHA

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe Superior del Organismo

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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe Superior del Organismo

(X) Tachar lo que corresponda