



1	LC-LE-DNI	Matricula N°	D.M.
CEDULA DE IDENTIDAD N°			
EXPEDIDA POR			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO			

DECLARACION JURADA
de los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO La mujer casada, viuda o separada indicara primero su apellido de soltera	NOMBRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas
----------	--	---

3	DOMICILIO	N°	LOCALIDAD	PCIA.
----------	------------------	-----------	------------------	--------------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

4	Ministerio de Cultura y Educación Universidad de Buenos Aires	Calle : Chorroarín N° 280	Localidad : CABA Pcia : - -
	Facultad, Establecimiento, Etc. Facultad de Ciencias Veterinarias	Funciones:	
	Dependencia, Oficina, Facultad	Ingreso :	
	Cumple Horario(Completo o Reducido) hs. Semanales	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución	Lugar : Fecha:	
	Imputación Presupuestaria		

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Ministerio, Secretaría de Estado, etc	Calle: N°	Localidad : Pcia :
	Repartición	Funciones que desempeña:	
	Dependencia, Oficina, Facultad	Ingreso:	
	Cumple Horario(Completo o Reducido) de horas a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución	Lugar: Fecha:	
	Imputación Presupuestaria		

6	Ministerio, Secretaría de Estado, etc	Calle: N°	Localidad : Pcia : -
	Repartición	Funciones que desempeña:	
	Dependencia, Oficina, Facultad	Ingreso:	
	Cumple Horario(Completo o Reducido) de horas a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución	Lugar: Fecha:	
	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 (Jubilados, Pensionados, Retiros, etc.)

8	En caso de ser Titular de alguna pasividad ,establecer:	
	Régimen	Causa
	Desde qué fecha	Institución o Caja que le abona
	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**

	DENOMINACIÓN DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
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 que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las 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 el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

FIRMA DEL JEFE

Fecha:

(*)Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.-

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO

Fecha:

(*) Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada esta autorizada en el Art. del Decreto N° .

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. del mismo decreto;

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

Por Tanto:

AUTORIZASE la acumulación de que se trata; por separado dese cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

(*) Tachar lo que no corresponda

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO