

**DECLARACION JURADA**

De los cargos y actividades que desempeña el causante

<b>1</b>	L.C. - L.E. - DNI N.º	Matricula N.º	D. M.
	CEDULA DE IDENTIDAD N.º		
	EXPEDIDA POR		
	En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación		
FECHA DE NACIMIENTO			

<b>2</b>	APELLIDO <small>La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera.</small>	NOMBRES <small>Escribir todos los nombres sin abreviaturas</small>
----------	--	---

<b>3</b>	DOMICILIO	N.º	LOCALIDAD	PCIA.
----------	-----------	-----	-----------	-------

**DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

<b>4</b>	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	CALLE Nº	LOCALIDAD PCIA.
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

<b>5</b>	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE Nº	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

<b>6</b>	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE Nº	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

<b>7</b>	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO

**PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensionados, Retiros, etc.)**

<b>8</b>	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		
	Régimen	Causa	Institución o Caja que lo abona
	Desde qué 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**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4								
5								
6								
7								
8								

Lugar y fecha:

Declaro bajo juramento de 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

(Para uso de las Direcciones de Administración y organismos que hagan sus veces).

**DECLARACION JURADA**  
De los cargos y actividades que desempeña el causante

<b>1</b>	L.C. - L.E. - DNI N.º	Matricula N.º	D. M.
CEDULA DE IDENTIDAD N.º			
EXPEDIDA POR			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO			

<b>2</b>	APELLIDO	NOMBRES		
	La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera.	Escribir todos los nombres sin abreviaturas		
<b>3</b>	DOMICILIO	N.º	LOCALIDAD	PCIA.

**DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

<b>4</b>	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	CALLE	LOCALIDAD
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.	Nº	PCIA.
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

<b>5</b>	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION	Nº	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

<b>6</b>	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION	Nº	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

<b>7</b>	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO

**PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensionados, Retiros, etc.)**

<b>8</b>	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		
	Régimen	Causa	Institución o Caja que lo abona
	Desde qué 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**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4								
5								
6								
7								
8								

Lugar y fecha:

Declaro bajo juramento de 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

(Para uso de las Direcciones de Administración y organismos que hagan sus vees).

Lugar y fecha:

Conste que he recibido el original y el duplicado de la presente declaración jurada, constatando que los dos ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones, a los fines de imprimirles el trámite previsto en el decreto N.º 8.566/61.

-----  
ACLARACION