|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *UNIVERSIDAD NACINAL DE LA PAMPA*  **DECLARACION JURADA**  de los cargos y actividades que desempeñan  el causante | | | DOCUMENTOS  LC O LE, DNI Nº |
| C.I. Nº  POLICIA DE |
| FECHA DE NACIMIENTO |
|  |  | |  |
| 2 | APELLIDO | | NOMBRE (Completo) |
| la mujer casada, viuda o separada, indicará el apellido de soltera | | Escribir todos los nombres sin abreviatura |
| 3 | DOMICILIO | Nº | LOCALIDAD PCIA. |
| **DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**  **Organismo donde presta servicios** | | | |
|  | MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC | | CALLE LOCALIDAD  Nº PROVINCIA |
|  | REPARTICIÓN | | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA  INGRESO |
|  | DEPENDENCIA | | Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos  LUGAR Y FECHA |
| 4 | HORARIO (completo o reducido)  DE A | | CARGO FIRMA |
|  | SUELDO | |  |
|  | IMPUTACION PRESUPUESTARIA | | NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS |
| **EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL** | | | |
|  | MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC | | CALLE LOCALIDAD  Nº PROVINCIA |
|  | REPARTICIÓN | | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA  INGRESO |
|  | DEPENDENCIA | | Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos  LUGAR Y FECHA |
| 5 | HORARIO (completo o reducido)  DE A | | CARGO FIRMA |
|  | SUELDO | |  |
|  | IMPUTACION PRESUPUESTARIA | | NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS |
| **EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL** | | | |
|  | MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC | | CALLE LOCALIDAD  Nº PROVINCIA |
|  | REPARTICIÓN | | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA  INGRESO |
|  | DEPENDENCIA | | Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos  LUGAR Y FECHA |
| 6 | HORARIO (completo o reducido)  DE A | | CARGO FIRMA |
|  | SUELDO | |  |
|  | IMPUTACION PRESUPUESTARIA | | NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS |
| **EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES** | | | |
|  | EMPLEADOR | | LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS |
| 7 | SUELDO O RETRIBUCIÓN | | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA |
|  | HORARIO QUE CUMPLE | | INGRESO |
| **PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiro, etc.)** | | | |
| 8 | **En caso de ser titular de una pasividad establecer:** | | |
| Régimen……………….……………..Causa………….………………………..Institución o caja que lo abona………………………. | | |
| Desde que fecha…………………….Importe…………………………………………………………………………………………..….. | | |
| Determinar si percibe el beneficio o ha sido suspendido a pedido del titular | | |

(dorso)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DENOMINACION DEL CARGO, MATERIA Y CERTIFICACION DE HORARIO** | **DOMINGO** | **LUNES** | **MARTES** | **MIÉRCOLES** | **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 mí leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las severas sanciones disciplinarias, así como también 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, 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 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 está autorizada en el Art …. del Decreto Nº……

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. ……. del mismo Decreto.

Que así mismo surge que las tareas las desarrolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por Tanto:

AUTORIZASE: la acumulación 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Jefe Superior del Organismo

(\*) tachar lo que corresponda