|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **DNI Nº:** | **CUIL Nº:** | **Expedida por:** |
|  |       |       |       |
|  | En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación: |       |
|  | **Fecha de Nacimiento:** |   /  /   |
|  | **C. Electrónico:** |  @       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **Apellido:**      La mujer casada, viuda o separada indicará apellido de soltera | **Nombres:**      Escribir todos los nombres sin abreviaturas |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | Domicilio:      **Calle:**       | **Nro.:**      | **Piso:**      | **Dto.:**      |
| **Localidad:**       | **C.P.:**      | **Pcia.:**      | **Tel.:**      |

Datos Relacionados con las funciones, cargos y ocupaciones

|  |  |
| --- | --- |
| **Repartición donde presta servicios** | **Lugar donde desempeña funciones** |
| **4** | **Ministerio, Secretaría de Estado, etc**. | **Calle:** **Nº:** **Localidad:** **Pcia.:**  |
|  | **Repartición:** Ministerio de Educación-Universidad Nacional José C. Paz |  |
|  | **Dependencia, Departamento:**       | **Funciones que desempeña (I):** CARGO**:**  DEDICACION**:** |
|  |  | **Ingreso** (fecha de designación actual )**:**   /  /   |
|  | **Cumple horario (Completo o Reducido)**      | **Funciones que desempeña (II):**CARGO**:**  DEDICACION**:Ingreso** (fecha de designación actual )**:**   /  /   |
|  | **De horas:** |  | **a** |       |  |
|  | **De horas: a** |  |
|  |  | **Funciones que desempeña (III):**CARGO**:**  DEDICACION**:Ingreso** (fecha de designación actual )**:**   /  /   |

En otra Repartición Nacional, Provincial y/o Municipal

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5** | **Ministerio, Secretaría de Estado, etc.:** | **Calle:**       |
| **Nº:**       |
| **Repartición:**      | **Localidad:**       |
| **Pcia.:**       |
| **Dependencia, Oficina, Facultad:**      | **Funciones que desempeña:**CARGO**:**  DEDICACION**:** |
|
| **Ingreso** (fecha)**:**   /  /   |
| **Cumple horario (Completo o Reducido)**      | Certificación del Organismo correspondiente |
|  |
| **De horas:** |       | **a** |       |  |
| **Sueldo o Retribución:**       |  |
| **Imputación Presupuestaria:**      |  |
| Lugar: Fecha: |
| **Fecha** | **Firma** | **Aclaración** |
|  |  |  |

En otra Repartición Nacional, Provincial y/o Municipal

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6** | Ministerio, Secretaría de Estado, etc.:       | Calle:       | Nº:       |
| Localidad:       |
| Repartición:      | Pcia.:       |
| Funciones que desempeña: CARGO**:**  DEDICACION**:** |
| Dependencia, Oficina, Facultad:       |
| Ingreso (fecha):   /  /   |
| Cumple horario (Completo o Reducido)      | Certificación del Organismo correspondiente |
| De horas: |       | a |       |  |
| Sueldo o Retribución:       |  |
| Imputación Presupuestaria:       |  |
| Lugar: Fecha: |

En tareas o actividades no oficiales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7** | Empleador:       | Lugar donde presta servicios:      |
|  | Sueldo o retribución:       |  |
|  | Horario que cumple | Funciones que desempeña:CARGO**:**  DEDICACION**:**Certificación del Organismo correspondiente |
|  | De horas: |       | a |       |  |
|  | Ingreso (fecha):   /  /   |  |

Percepción de Pasividades (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8** | Régimen:       | Causa:       | Institución o Caja que lo abona:      |
| Desde qué fecha:   /  /   | Importe:       |
| Determinar si percibe el beneficio o ha sido suspendido a pedido del titular. (Sí lo percibo / Lo he suspendido)       |

Cuadro demostrativo del cumplimiento de los horarios para los cargos y actividades

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Organismo | **Dom** | Lun | **Mar** | **Mié** | **Jue** | **Vie** | **Sáb** | Certificación del Organismo correspondiente |
| **4** |  | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      |  |
| **5** |       | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a       | de     a      | de     a      |  |
| **6** |       | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      |  |
| **7** |       | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      | de     a      |  |

##### 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lugar y Fecha:** |  | Firma del Declarante |