

1	LC – LE – DNI N°	MATRICULA N°
	CEDULA DE IDENTIDAD N°	
	EXPEDIDA POR	
	En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación	
FECHA DE NACIMIENTO		

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

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

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	LOCALIDAD
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
		Lugar	Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL, Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICIÓN	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
		Lugar	Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL, Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICIÓN	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULATD, ETC.	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	INGRESO	
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
		Lugar	Fecha

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, Retiro, 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		

(dorso)

	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, así como 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 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 dése 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

1	LC – LE – DNI N°	MATRICULA N°
CEDULA DE IDENTIDAD N°		
EXPEDIDA POR		
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación		
FECHA DE NACIMIENTO		

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO	NOMBRES	
	La mujer casada, viuda o separada indicara primero apellido de soltera	Escribir todos los nombres sin abreviatura	
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 LOCALIDAD N° 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 IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL, Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE LOCALIDAD N° PCIA.
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	INGRESO
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL, Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE LOCALIDAD N° PCIA.
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	INGRESO
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos
	SUELDO O RETRIBUCION IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar Fecha

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, Retiro, 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		

(dorso)

	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, así como 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

Lugar y fecha:

Conste que he recibido el original y el duplicado de la presente declaración jurada, constatando que los tres ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones, a los fines de imprimirlos al tramite previsto en el decreto N° 8.566/61.

Aclaración