



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

DECLARACIÓN JURADA

de los cargos y actividades que desempeña el causante

1	DOCUMENTOS
	L.C.o L.E. DNI. N°.
	C.I.N°.
	POLICIA DE
	FECHA DE NACIMIENTO

2	APELLIDO/S	NOMBRE/S (completos)
	la mujer casada, viuda o separada, indicará primero el apellido de soltera	Escribir todos los nombres sin abreviaturas

3	DOMICILIO	N°.	LOCALIDAD	PCIA.

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Organismo donde presta servicios

4	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE _____ LOCALIDAD _____
		N°. _____ PCIA. _____
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	DEPENDENCIA	INGRESO
	HORARIO (completo o reducido)	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos
	DE _____ A _____	LUGAR Y FECHA _____
	SUELDO	CARGO _____ FIRMA _____
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE _____ LOCALIDAD _____
		N°. _____ PCIA. _____
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	DEPENDENCIA	INGRESO
	HORARIO (completo o reducido)	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos
	DE _____ A _____	LUGAR Y FECHA _____
	SUELDO	CARGO _____ FIRMA _____
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE _____ LOCALIDAD _____
		N°. _____ PCIA. _____
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	DEPENDENCIA	INGRESO
	HORARIO (completo o reducido)	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos
	DE _____ A _____	LUGAR Y FECHA _____
	SUELDO	CARGO _____ FIRMA _____
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	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 si ha sido suspendido a pedido del titular		

DENOMINACIÓN DEL CARGO Y CERTIFICACIÓN DE HORARIO

(dorso)

	Organismos	Cantidad Horas	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	Sello y firma del Personal Directivo del Organismo
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, y 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

Firma del Jefe Inmediato Superior

Fecha:

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

Firma del Secretario/a

Fecha:

Que la situación de acumulación denunciada esta autorizada en el Art. Del Decreto N°. Que se cumplen los extremos indicados en el Art. N°. 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