

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

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		

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.
			C.P.	TEL.

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) VER AL DORSO	INGRESO		
	SUELDO O RETRIBUCION CORRESPONDIENTE AL CARGO	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos		
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA				
		Lugar	Fecha	Firma

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	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos		
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA				
		Lugar	Fecha	Firma

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	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos		
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA				
		Lugar	Fecha	Firma

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		

	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

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

Lugar y fecha:

Con la constancia de quedar en poder de este servicio el duplicado de la presente declaración jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el decreto N° 8.566/61, remítase al Tribunal de Cuentas de la Nación, de conformidad con el artículo 14 del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de _____ de 20_____.

Firma del Jefe

(Para uso del Tribunal de Cuentas de la Nación)

Delegación, Fiscalía o Auditoría y fecha _____

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, pase a la dirección General del Servicio Civil de la Nación.

	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