

Ministerio de Capital Humano

DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeñe el causante

1	L.C.-L.E.- o D.N.I. N°	
CEDULA DE IDENTIDAD N°		
EXPEDIDA POR:		
FECHA DE NACIMIENTO:		

2	APELLIDO	NOMBRES

3	DOMICILIO	N°	LOCALIDAD

DATOS RELACIONADOS CON LA FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

4	MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO	Calle:		Localidad:
	SECRETARIA DE EDUCACION	N°	Provincia:	
	DEPENDENCIA, OFICINA O ESCUELA	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA		
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido)	INGRESO: FECHA:		
	VER CUADRO	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.		
	SUELDO O RETRIBUCION:	Lugar:		Firma y aclaración
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA:	Fecha:		

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

5	MINISTERIO	Calle:		Localidad:
	REPARTICION:	N°	Provincia:	
	DEPENDENCIA, OFICINA O ESCUELA	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA		
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido)	INGRESO: FECHA:		
	VER CUADRO	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.		
	SUELDO O RETRIBUCION:	Lugar:		Firma y aclaración
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA:	Fecha:		

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

6	MINISTERIO:	Calle:		Localidad:
	REPARTICION:	N°	Provincia:	
	DEPENDENCIA, OFICINA O ESCUELA	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA		
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido)	INGRESO: FECHA:		
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.		
	SUELDO O RETRIBUCION:	Lugar:		Firma y aclaración
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA:	Fecha:		

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR:	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS:
	SUELDO O RETRIBUCION:	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:
	HORARIO QUE CUMPLE:	FECHA DE INGRESO:

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

8	En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:	Instituto o Caja que lo abona:	
	Régimen:	Desde que fecha	
	Causa:	Importe:	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular:		

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	ESTABLECIMIENTO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4								
5								
6								
7								

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.

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 imprimirles el trámite previsto en el decreto N° 8566/61.

Aclaración