|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MINISTERIO DE EDUCACIONUNIVERSIDAD TECNOLOGICA NACIONALFACULTAD REGIONAL CHUBUT | | | **1** | ~~L.C.-L.E.- o~~ **D.N.I. Nº** | | | Matrícula Nº | | | D.M |
|  | | | CEDULA DE IDENTIDAD Nº | | | | | |  | |
| DECLARACION JURADA DE LOS CARGOSY ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE | | | EXPEDIDA POR: | | |  | | | | |
| (CONFECCIONAR POR TRIPLICADO) | | | En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | | | |  | | |
| **2** | APELLIDO | NOMBRES | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| (La mujer casada o soltera indicar apellido de soltera) | (Escribir todos los nombres sin abreviaturas) | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | |
| **3** | DOMICILIO | Nº | | | LOCALIDAD | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |

DATOS RELACIONADOS CON LA FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Repartición donde presta servicios** | | **Lugar donde desempeña funciones** | | | | |
| **4** | MINISTERIO, SECRETARAIA DE ESTUDIO, ETCMINISTERIO DE EDUCACIONDE LA NACION | Calle: | | | | Localidad: |
| **Av. del Trabajo** | | | | **Puerto Madryn** |
| Nº **1.536** | | Provincia: **CHUBUT** | | |
|  |
| REPARTICION | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:    INGRESO FECHA: | | | | |
| **UNIVERSIDAD TECNOLOGICA NACIONAL** |
| DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD FACULTAD REGIONAL CHUBUT |
| CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs.  **VER CUADRO** | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. | | | | |
| SUELDO O RETRIBUCION: |
| Lugar: | Puerto Madryn | |  | |
| IMPUTACION PRESUPUESTARIA: |
| Fecha: |  | | Firma y aclaración | |
|  |  | |  | |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** |  | Calle: | | | | | Localidad: |
| MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTUDIO, ETC |  | | | | |  |
| REPARTICION: | **Nº** | | Provincia: Chubut | | | |
|  |  | |  | | | |
| DEPENDENCIA, OFICINA O facultad | 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: |  | | |  | |
| IMPUTACION PRESUPUESTARIA: | Fecha: |  | | | Firma y aclaración | |
|  |  |  | | |  | |

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** |  | Calle: | | | | | Localidad: |
| MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTUDIO, ETC |  | | | | |  |
| REPARTICION: | Nº | | Provincia: | | | |
|  |  | |  | | | |
| DEPENDENCIA, OFICINA O facultad | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA | | | | | |
|  |  | | | | | |
| CUMPLE HORARIO ( Completo o Reducido) | INGRESO: FECHA: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. | | | | | |
| SUELDO O RETRIBUCION: | Lugar: |  | | |  | |
| IMPUTACION PRESUPUESTARIA: | Fecha: |  | | | Firma y aclaración | |
|  |  |  | | |  | |

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7** | EMPLEADOR: | LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS: |
| SUELDO O RETRIBUCION: | FUNCIONES QUE DESEMPEÑA: |
| HORARIO QUE CUMPLE: (Ver al dorso) | 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** | **UTN-FRCh** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**LUGAR Y FECHA: Puerto Madryn, de .**

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: Puerto Madryn, de .**

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 Director

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 Nº …………, remítase al tribunal de Cuentas de la Nación de conformidad con el artículo …… del citado decreto, adjunto a la panilla de haberes del mes de …… …… de 201 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Jefe

(para uso del Tribunal de Cuentas de la Nación)

Delegación, Fiscalía o Auditoria y fecha

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada para la Dirección General del Servicio Civil de la Nación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DELEGADO – AUDITOR – CONTADOR FISCAL