|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MINISTERIO DE CAPITAL HUMANOUNIVERSIDAD TECNOLOGICA NACIONAL FACULTAD 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 EDUCACION DE 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, FACULTADFACULTAD 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