

1	L.C./L.E./D.N.I.N°	LEGAJO N°
CEDULA DE IDENTIDAD N° -----		
EXPEDIDA POR: -----		
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación.		
FECHA DE NACIMIENTO		

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO/S La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas					
3	DOMICILIO:	N°	PISO	DEPTO	LOCALIDAD	PCIA.:	C. POSTAL

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 Int. Güiraldes N° S/N	LOCALIDAD C.A.B.A. PCIA. -
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.: Facultad de Ciencias Exactas y Naturales	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CÁTEDRA, ETC.	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$		
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA 11-1-1-1	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE N°	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$		
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE N°	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$		
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS	FIRMA AUTORIDAD/ RESPONSABLE
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO	

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

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		
	Régimen	Causa	Institución o caja que lo abona
	Desde qué fecha	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**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	FIRMA DIRECTOR
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 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

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 está autorizada en el Art. Del Decreto N°

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. 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 de 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.

.....
(*) TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

.....
Firma del Jefe Superior del Organismo

1	L.C./L.E./D.N.I.º	LEGAJO Nº
CEDULA DE IDENTIDAD Nº -----		
EXPEDIDA POR: -----		
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación.		
FECHA DE NACIMIENTO		

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO/S La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas					
3	DOMICILIO:	Nº	PISO	DEPTO	LOCALIDAD	PCIA.:	C. POSTAL

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 Int. Güiraldes Nº S/N	LOCALIDAD C.A.B.A. PCIA. -
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.: Facultad de Ciencias Exactas y Naturales	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CÁTEDRA, ETC.	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$		
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA 11-1-1-1	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE Nº	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$		
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CALLE Nº	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD, ETC.	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$		
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS	FIRMA AUTORIDAD/ RESPONSABLE
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO	

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

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		
	Régimen	Causa	Institución o caja que lo abona
	Desde qué fecha	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**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	FIRMA DIRECTOR
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 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 dos ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones, a los fines de imprimirles el trámite previsto en el decreto N° 8.566/61.

.....
Aclaración