

SANTA ROSA, ..... de ..... de .....

Señor/a Jefe/a Dpto. Personal:

Dejo constancia de que **No / Si (\*)** hay cambios en los datos que consigné en mi legajo personal, cuando fui designado/a anteriormente.

- Planilla de Datos Personales
- Cuenta Bancaria
- Obra Social
- Seguro Personal del Estado u Obligatorio (Ley 13003)
- Seguro Colectivo de Vida Obligatorio (D. 1567/74)

(\*) tachar lo que no corresponde.

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
Firma y Sello del Dpto. Personal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

**DECLARACION JURADA**

de los cargos y actividades que desempeñan el causante

DOCUMENTOS
LC O LE, DNI N°
C.I. N°
POLICIA DE
FECHA DE NACIMIENTO

2	APELLIDO la mujer casada, viuda o separada, indicará el apellido de soltera	NOMBRE (Completo) Escribir todos los nombres sin abreviatura
3	DOMICILIO N°	LOCALIDAD PCIA.

**DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**

**Organismo donde presta servicios**

4	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC	CALLE N°	LOCALIDAD PROVINCIA
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO	
	DEPENDENCIA	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos	
	HORARIO (completo o reducido) DE A	LUGAR Y FECHA	
	SUELDO	CARGO	FIRMA
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS	

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC	CALLE N°	LOCALIDAD PROVINCIA
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO	
	DEPENDENCIA	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos	
	HORARIO (completo o reducido) DE A	LUGAR Y FECHA	
	SUELDO	CARGO	FIRMA
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS	

**EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC	CALLE N°	LOCALIDAD PROVINCIA
	REPARTICIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA INGRESO	
	DEPENDENCIA	Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos	
	HORARIO (completo o reducido) DE A	LUGAR Y FECHA	
	SUELDO	CARGO	FIRMA
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS	

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCIÓN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO

**PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiro, etc.)**

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

(dorso)

	DENOMINACION DEL CARGO, MATERIA Y CERTIFICACION DE HORARIO	Horas	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	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 mí leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las severas sanciones disciplinarias, así como también 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, 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 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Jefe Superior del Organismo

(\*) tachar lo que corresponda