



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

## DECLARACIÓN JURADA

de los cargos y actividades que desempeña el causante

<b>1</b>	<b>DOCUMENTOS</b>
	L.C.o L.E. DNI. Nº.
	C.I.Nº.
	<b>POLICÍA DE</b>
	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>

<b>2</b>	<b>APELLIDO/S</b>	<b>NOMBRE/S (completos)</b>
		Escribir todos los nombres sin abreviaturas

<b>3</b>	<b>DOMICILIO</b>	<b>Nº.</b>	<b>LOCALIDAD</b>	<b>PCIA.</b>

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

Organismo donde presta servicios

<b>4</b>	<b>MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.</b>	<b>CALLE</b> _____ <b>LOCALIDAD</b> _____
		<b>Nº.</b> _____ <b>PCIA.</b> _____
	<b>REPARTICIÓN</b>	<b>FUNCIONES QUE DESEMPEÑA</b>
	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>INGRESO</b>
	<b>HORARIO (completo o reducido)</b>	<b>Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos</b>
	<b>DE</b> _____ <b>A</b> _____	<b>LUGAR Y FECHA</b> _____
	<b>SUELDO</b>	<b>CARGO</b> _____ <b>FIRMA</b>
	<b>IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS</b>

### EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

<b>5</b>	<b>MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.</b>	<b>CALLE</b> _____ <b>LOCALIDAD</b> _____
		<b>Nº.</b> _____ <b>PCIA.</b> _____
	<b>REPARTICIÓN</b>	<b>FUNCIONES QUE DESEMPEÑA</b>
	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>INGRESO</b>
	<b>HORARIO (completo o reducido)</b>	<b>Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos</b>
	<b>DE</b> _____ <b>A</b> _____	<b>LUGAR Y FECHA</b> _____
	<b>SUELDO</b>	<b>CARGO</b> _____ <b>FIRMA</b>
	<b>IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS</b>

### EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

<b>6</b>	<b>MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.</b>	<b>CALLE</b> _____ <b>LOCALIDAD</b> _____
		<b>Nº.</b> _____ <b>PCIA.</b> _____
	<b>REPARTICIÓN</b>	<b>FUNCIONES QUE DESEMPEÑA</b>
	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>INGRESO</b>
	<b>HORARIO (completo o reducido)</b>	<b>Certifico que los datos ingresados precedentemente son exactos</b>
	<b>DE</b> _____ <b>A</b> _____	<b>LUGAR Y FECHA</b> _____
	<b>SUELDO</b>	<b>CARGO</b> _____ <b>FIRMA</b>
	<b>IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO ACLARADOS</b>

### EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

<b>7</b>	<b>EMPLEADOR</b>	<b>LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS</b>
	<b>SUELDO O RETRIBUCIÓN</b>	<b>FUNCIONES QUE DESEMPEÑA</b>
	<b>HORARIO QUE CUMPLE</b>	<b>INGRESO</b>

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

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

## DENOMINACIÓN DEL CARGO Y CERTIFICACIÓN DE HORARIO

(dorso)

	ORGANISMOS	CANTIDAD De HORAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	Sello y firma del Personal Directivo del Organismo
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 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, y 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

-----  
Firma del Jefe Inmediato Superior

**Fecha:** .....

Atento que en la declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.

-----  
Firma del Secretario/a

**Fecha:** .....

Que la situación de acumulación denunciada esta autorizada en el Art. .... Del Decreto N°..... Que se cumplen los extremos indicados en el Art. N.º..... 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