



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

DECLARACIÓN JURADA DE CARGOS Y ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL AGENTE

Personal Docente Personal No Docente

CARGO..... DEDICACIÓN.....

1	Tipo de documentación:	N°:		
2	APELLIDO (apellido de soltera/o)	NOMBRES (Sin abreviaturas)		
3	Domicilio	N°	Localidad	Provincia

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES EN LA U.N.C.

4	Facultad, Escuela, Centro Regional	Calle:	N°	
		Localidad:	Provincia:	
	Departamento	Funciones que desempeña		
		Lugar:	Fecha:	
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos				
.....				
Firma Secretaria/o Académica/o		Lugar	Fecha	

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL O MUNICIPAL

5	Ministerio, Subsecretaría	Calle:	N°	
		Localidad:	Provincia:	
	Repartición:	Funciones que desempeña		
	Dependencia, Oficina:			
	Horario:			
	Sueldo o retribución:			
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos				
.....				
Firma Autoridad Competente		Lugar	Fecha	

.....
Firma del Declarante



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL O MUNICIPAL

6	Ministerio, Subsecretaría	Calle: _____ N° _____
		Localidad: _____ Provincia: _____
	Repartición: Dependencia, Oficina: Horario: Sueldo o retribución:	Funciones que desempeña
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos		
.....		
Firma Autoridad Competente		Lugar _____ Fecha _____

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	Empleador:	Lugar donde presta servicio
	Sueldo:	Funciones:
	Horario:	Fecha de Ingreso:
Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos		
.....		
Firma del Declarante		Lugar _____ Fecha _____

.....
Firma del Declarante



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CUADRO COMPARATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS
HORARIOS PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

CARGO	L	M	M	J	V	S	FIRMA Y SELLO

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 más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan.

.....

Firma del declarante

Lugar y Fecha:

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros precedentes 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 Secretario/a Académico/a

Lugar y Fecha:

Conste que he recibido el original y el duplicado de la presente declaración jurada, constatando que los tres ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones, a los fines de imprimirles el trámite previsto.

.....

Firma del Decano (para docentes)

.....

**Firma del Secretario Administrativo (para
no docentes)**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL
PERSONAL UNIVERSITARIO**

DATOS PERSONALES

- 1) APELLIDO PATERNO:.....
2) APELLIDO MATERNO:.....
3) NOMBRE COMPLETO:.....
Email:
4) DOCUMENTO CUIL. N°
5) FECHA DE NACIMIENTO:.....
6) LUGAR DE NACIMIENTO:.....
7) SEXO: M - F
8) ESTADO CIVIL:.....
9) GRUPO SANGUÍNEO:..... FACTOR RH (+) O (-)
10) DOMICILIO PARTICULAR:
Calle.....N°.....
Departamento..... Piso..... Barrio.....
Localidad..... CP (.....) Provincia:
Teléfonos: (.....).....

DATOS LABORALES

- 11) CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA U.N.C. SI – NO Año

Resolución N°0008/98 y Disposición S.H. N° 001/98

- 12) BENEFICIO PREVISIONAL

REPARTO

Firma del declarante



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

13) SITUACIÓN LABORAL EN LA UNC

Fecha de ingreso/...../.....

REGIMEN: AUTORIDADES SUPERIORES

Cargo Actual
Dedicación 1 2 3 Función

REGIMEN: PERSONAL DOCENTE

Cargo actual
Dedicación 1 2 3 1 2 3 1 2 3

(1-simple 2- parcial 3-exclusivo)

Situación de Revista REGULAR INTERINO

Unidad Académica que lo designó:
Lugar de percepción de haberes:.....
Unidades Académicas donde presta servicio:.....
Departamento:.....
Carrera:.....
Asignaturas que dicta.....

REGIMEN: PERSONAL NO DOCENTE

Categoría Actual:
Agrupamiento: Administrativo Técnico
Profesional Asistencial
Mantenimiento Servicios Generales

Función o Tarea que desempeña:.....

Situación de Revista PERMANENTE CONTRATADO
Tesoro Nacional Rec. Propios



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

ANTIGÜEDAD

INSTITUCIÓN	DESDE	HASTA	ACREDITA	

TITULO

TIPO	Denominación	Duración	Fecha Título			Entidad otorgante	Ciudad	País

IDIOMAS

Lengua	Lee		Habla		Escribe		Título	Duracion	Entidad Otorgante	Fecha Título
	SI	NO	SI	NO	SI	NO				

Se adjunta la siguiente documentación:.....

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 más severas sancione disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan.

.....
Firma del declarante

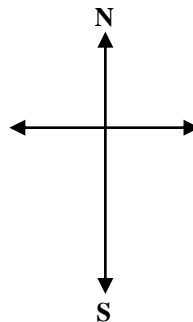
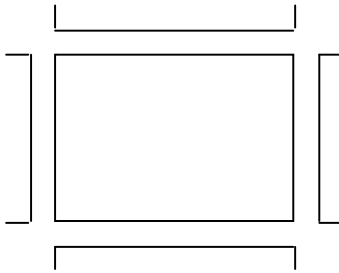


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

REGISTRO DE DOMICILIO

Apellido y Nombre..... Legajo.....
Calle..... N° Mbk Piso..... Dpto.....
Barrio..... Código Postal..... Teléfono (.....).....
Localidad..... Provincia

Conste que mi domicilio actual es el considerado en la presente, que estoy en condiciones de recibir todo tipo de correspondencia o comunicación que la UNIVERSIDAD NACIONAL del Comahue dirija a mi nombre, comprometiéndome asimismo a denunciar cualquier cambio de domicilio que realice en el futuro, y todo cambio de nomenclatura de calle o barrio.



Indicar con una cruz (x) la ubicación de la vivienda y las calles que rodean la manzana.

FECHA/...../.....

SE INFORMA A TODO EL PERSONAL QUE INGRESE A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL Comahue, QUE SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA USUFRUCTUAR DEL REGIMEN DE LICENCIAS (decreto 3413/79) TENER EL EXAMNE DE APTITUD FÍSICA.

Firma del Declarante