## DECLARACIÓN JURADA DE CARGOS Y ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL AGENTE

**Personal Docente Personal No Docente**

**CARGO………………………… DEDICACIÓN: ………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Tipo de documentación: Nº:** |
| **2** | **APELLIDO (apellido de soltera/o)** | **NOMBRES (Sin abreviaturas)** |
| **3** | Domicilio | Nº | Localidad Provincia |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | **Facultad, Escuela, Centro Regional****FACIMED** | **Calle: Toschi y Los Arrayanes Nº****Localidad: Cipolletti Provincia: Río Negro** |
|  | **Departamento** | **Funciones que desempeña****Lugar: CIPOLLETTI Fecha:** |
| Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos **……………………………………………………** **Firma Secretaria/o Académica/o Lugar Fecha** |

###### EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIALO MUNICIPAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5** | **Ministerio, Subsecretaría** | Calle: Nº**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** |

###### ..……………………………-

######  Firma del Declarante

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | **Ministerio, Subsecretaría** | Calle: Nº**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:****Sueldo:****Horario:**  | **Lugar donde presta servicio****Funciones:****Fecha de Ingreso:** |
| Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos**……..…………………………****Firma del Declarante Lugar Fecha** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:** |
| **Régimen:****Causa:****Desde qué fecha:** | **Institución o Caja que lo abona::****Importe:** |
|  | **Determinar si percibe el beneficio o ha sido suspendido a pedido del titular.** |

###### ..…………………………..

######  Firma del Declarante

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 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**

**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 tramite previsto.

**.........................................................**

**Firma del Decano (para docentes)**

**….....................................................**

Firma del Secretario Administrativo (para no docentes)