|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ..\..\..\..\..\Documents and Settings\pc\Mis documentos\Mis imágenes\Escudos\unsl-bw.gifUniversidad Nacional de San LuisDirección General AdministrativaDECLARACION JURADA DE LOS CARGOS Y ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE | 1 | L.C.–L.E.–D.N.I. | Matrícula Nº | Dist.Militar |
| Cédula de Identidad Nº: |
| Expedida por: |
| En caso de no poseer estos documentos especifique su documentaciónFecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2 | APELLIDO: La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de solt | NOMBRES:Escribir todos los nombres sin abreviaturas |
| 3 | DOMICILIO:Nº:  | LOCALIDAD: |

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios Lugar donde desempeña funciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION | Calle: Ejército de Los Andes Nº: 950Localidad: San Luis Prov: San Luis |
| Repartición:UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS | Funciones que desempeña:Ingreso:(1º Ingreso a la UNSL) |
| Dependencia, Oficina, Departamento: |
| Cantidad de horas semanales: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.Lugar y Fecha: San Luis, / / Firma Sec. Gral.  |
| Sueldo: |
| Imputación Presupuestaria: |

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5 | Ministerio, Secretaría de Estado, etc. | Calle: NºLocalidad: Prov:  |
| Repartición: | Funciones que desempeña:Ingreso: |
| Dependencia, Oficina, Departamento: |
| Cantidad de horas semanales: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. Firma de autoridad competenteLugar y Fecha: |
| Sueldo: |
| Imputación Presupuestaria: |

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 | Ministerio, Secretaría de Estado, etc. | Calle: NºLocalidad: Prov:  |
| Repartición: | Funciones que desempeña:Ingreso: |
| Dependencia, Oficina, Departamento: |
| Cantidad de horas semanales: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. Firma de autoridad competenteLugar y Fecha: |
| Sueldo: |
| Imputación Presupuestaria: |

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 | Empleador: | Domicilio donde presta servicios: |
| Sueldo o retribución: | Funciones que desempeña: |
| Cantidad de horas semanales: | 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 que fecha: / /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

De acuerdo a Ordenanza 17/96

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CARGOS Y ACTIVIDADES | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | FIRMA |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

LUGAR Y FECHA :......................................................................................................................................

Declaro bajo juramento que todos los datos 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 (48) 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.

...................................................................

Director General Administrativo

LUGAR Y FECHA :......................................................................................................................................

Conste que he recibido el original y duplicado de la presente Declaración Jurada, constatando que los dos ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones.

...................................................................

Departamento Personal