



Facultad de Ciencias Sociales

ORIGINAL

DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

1	L.C. - L.E. - DNI N.º	Matrícula N.º	D. M.
CEDULA DE IDENTIDAD N.º			
EXPEDIDA POR			
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO			

2	APELLIDO La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera.	NOMBRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas		
3	DOMICILIO	N.º	LOCALIDAD	PCIA.

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

Lugar donde desempeña funciones

4	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN Universidad Nacional de lomas de Zamora	CALLE N.º Juan XXIII s/n	LOCALIDAD L de Zamora Bs.As
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC. Facultad de Ciencias Sociales	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC.	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE N.º	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE N.º	LOCALIDAD PCIA.
	REPARTICION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	SUELDO O RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

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

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensionados, Retiros, etc.)

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		
	Régimen	Causa	Institución o Caja que lo abona
	Desde qué fecha	Importe	
	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**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4								
5								
6								
7								
8								

Lugar y fecha:

Declaro bajo juramento de 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 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 la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

.....
FIRMA DEL JEFE

(Para uso de las Direcciones de Administración y organismos que hagan sus veces).