



Completar con los datos requeridos, de no tener Legajo/ CUIL dejar en blanco.

L.C / L.E. / DNI N°

Legajo N°

Fecha de nacimiento

1

CUIL N°

CUIT N°

Céd. Identidad

Si no posee estos documentos especifique su documentación

Declaración Jurada de cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO: la mujer casada, viuda o separada indicará primero el apellido de soltera	NOMBRES: Escribir todos los nombres sin abreviaturas
	DOMICILIO: Código Postal:	Localidad: Provincia:

Datos relacionados con las funciones, cargos y ocupaciones

4	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Calle:	N°
	Repartición: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO	Localidad:	Provincia
	Dependencia: FACULTAD DE ARTES Y DISEÑO	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Función que desempeña:	Lugar y fecha:	
	Fecha de ingreso:	Firma:	Sello

En otra repartición nacional, provincial y/o municipal

5	Ministerio:	Calle:	N°
	Repartición:	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Dependencia:	Lugar y fecha:	
	Función que desempeña:	Firma:	
	Fecha de ingreso	Sello	

6	Ministerio:	Calle:	N°
	Repartición:	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Dependencia:	Lugar y fecha:	
	Función que desempeña:	Firma:	
	Fecha de ingreso	Sello	

7	Ministerio:	Calle:	N°
	Repartición:	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Dependencia:	Lugar y fecha:	
	Función que desempeña:	Firma:	
	Fecha de ingreso	Sello	

En tareas o actividades no estatales

8	1. Autónoma: <input type="checkbox"/>	2. Relación de dependencia: <input type="checkbox"/>	Lugar donde presta servicios:
	Función que desempeña:		Fecha de ingreso:

9	1. Autónoma: <input type="checkbox"/>	2. Relación de dependencia: <input type="checkbox"/>	Lugar donde presta servicios:
	Función que desempeña:		Fecha de ingreso:

Percepción de pasividades (jubilaciones, pensiones, retiros, etc)

10	En caso de ser titular de alguna pasividad establezca:	Desde que fecha:
	Institución o Caja que lo abona:	Causa:
	Régimen:	Determine 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

Debe consignarse el horario correspondiente a la disponibilidad de cada carga horaria según Art. 2° Ord. 28/00-C.S.

	DEPENDENCIA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
4								
5								
6								
7								
8								
9								

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi real 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.**

LUGAR Y FECHA:

Completar y firmar

FIRMA DEL DECLARANTE

SELLO

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 de que en la presente el declarante haya incurrido en falsedad, ocultamiento u omisión.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL JEFE

SELLO

Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada está en la Ordenanza n° 28/00 del Consejo Superior Que se cumplen los extremos indicados en los art. 2°, 4° y 8° de la misma Ordenanza.

Por lo tanto:

Autorízase la acumulación de que se trata, por separado dése cuenta a la Dirección General de Recursos Humanos y agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DEL ORGANISMO

SELLO