

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

1	L.C./L.E./D.N.I. N°	MATRICULA N°
CEDULA DE IDENTIDAD N°		
EXPEDIDA POR:		
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación		
FECHA DE NACIMIENTO		

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas
---	--	--

3	DOMICILIO:	N°	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 DE BUENOS AIRES	Calle Int. Güiraldes y Cost. Norte N° s/n	Localidad C.A.B.A. Pcia. Buenos Aires
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.: FCEN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC. DQIAYQF	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. <u>VER AL DORSO</u> a	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$ IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar	Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION:	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. <u>VER AL DORSO</u>	INGRESO:	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$ IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar	Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION:	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. <u>VER AL DORSO</u>	INGRESO:	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$ IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar	Fecha

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCIONES	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	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 qué fecha	Importe	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.		

(dorso)

	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 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 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

Fecha:

(*) Atento que en la declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.

.....
Firma del Jefe Superior del Organismo

Fecha:

(*) Considerando:
Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art. del Decreto N°
Que se cumplen los extremos indicados en el Art. del mismo Decreto;
Que asimismo surge que las tareas las desarrolla en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados;

Por tanto:
AUTORIZASE la acumulación de que se trata; por separado dése cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

(*) TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

.....
Firma del Jefe Superior del Organismo

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

1	L.C./L.E./D.N.I. N°	MATRICULA N°
CEDULA DE IDENTIDAD N°		
EXPEDIDA POR:		
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación		
FECHA DE NACIMIENTO		

DECLARACIÓN JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

2	APELLIDO La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera	NOMBRES Escribir todos los nombres sin abreviaturas
----------	--	--

3	DOMICILIO:	N°	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 DE BUENOS AIRES	Calle Int. Güiraldes y Cost. Norte N° s/n	Localidad C.A.B.A. Pcia. Buenos Aires
	FACULTAD, ESTABLECIMIENTO, ETC.: FCEN	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	DEPENDENCIA, INSTITUTO, CATEDRA, ETC. DQIAYQF	INGRESO	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. VER AL DORSO _____ a _____	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$ _____ IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar	Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION:	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. VER AL DORSO	INGRESO:	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$ _____ IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar	Fecha

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SCERETARIA DE ESTADO, ETC.	CALLE	LOCALIDAD
	REPARTICION:	N°	PCIA.
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) De hs. VER AL DORSO	INGRESO:	
	SUELDO O RETRIBUCIÓN \$ _____ IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Lugar	Fecha

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCIONS \$	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	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 qué fecha	Importe	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.		

(dorso)

	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 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 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

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 imprimirlos al trámite previsto en el decreto N° 8.566/61.

.....
Aclaración