

MINISTERIO DE EDUCACION
Universidad Pedagógica Nacional
Declaración Jurada de los cargos y actividades que desempeña el causante

	LC LE o DNI N°:	Cédula de Identidad N°:	Expedida por:
1	En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación:		
	Fecha de Nacimiento:	/ /	
	C. Electrónico:	@	

2	Apellido:	Nombres: Escribir todos los nombres sin abreviaturas		
	La mujer casada, viuda o separada indicará apellido de soltera			

3	Domicilio. Calle:	Nro.:	Piso:	Dto.:
	Localidad:	C.P.:	Pcia.:	Tel.:

Datos Relacionados con las funciones, cargos y ocupaciones.

	Repartición donde presta servicios Ministerio, Secretaría de Estado, ect.	Lugar donde desempeña funciones Calle: N°: Localidad: Pcia.:		
4	Repartición:			
	Dependencia, Oficina, Facultad:	Funciones que desempeña: Ingreso (fecha): / /		
	Cumple horario (Completo o Reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos		
	De horas: <input type="text"/> a <input type="text"/> Sueldo o Retribución: Imputación Presupuestaria:			

En otra Repartición Nacional, Provincial y/o Municipal

	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.:	Calle: Nº: Localidad: Pcia.:		
5	Repartición:			
	Dependencia, Oficina, Facultad:	Funciones que desempeña: Ingreso (fecha): / /		
	Cumple horario (Completo o Reducido)	Certificación del Organismo correspondiente		
	De horas: <input type="text"/> a <input type="text"/> Sueldo o Retribución: Imputación Presupuestaria:			

Fecha	Firma	Aclaración

MINISTERIO DE EDUCACION
Universidad Pedagógica Nacional
Declaración Jurada de los cargos y actividades que desempeña el causante

En otra Repartición Nacional, Provincial y/o Municipal

6	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.:	Calle: _____ N°: _____
	Repartición:	Localidad: _____
	Dependencia, Oficina, Facultad:	Pcia.: _____
	Cumple horario (Completo o Reducido)	Funciones que desempeña: _____
	De horas: _____ a _____	Ingreso (fecha): / /
	Sueldo o Retribución:	Certificación del Organismo correspondiente
Imputación Presupuestaria:	Lugar: _____ Fecha: _____	

En tareas o actividades no oficiales

7	Empleador:	Lugar donde presta servicios: _____
	Sueldo o retribución:	Funciones que desempeña: _____
	Horario que cumple	
	De horas: _____ a _____	
Ingreso (fecha): / /		

Percepción de Pasividades (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

8	Régimen:	Causa:	Institución o Caja que lo abona: _____
	Desde qué fecha: / /	Importe:	
	Determinar si percibe el beneficio o ha sido suspendido a pedido del titular. (Sí lo percibo / Lo he suspendido)		

Cuadro demostrativo del cumplimiento de los horarios para los cargos y actividades

	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Certificación del Organismo correspondiente
4	de a							
5	de a							
6	de a							
7	de a							

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.

Lugar y Fecha:		Firma del Declarante
----------------	--	----------------------