



Universidad Nacional de Cuyo

Mendoza, República Argentina

Declaración Jurada de los cargos y actividades que desempeña el causante

| | | |
|----------|---|-------------------|
| 1 | L.C. /L.E. / D.N.I. n° | |
| | Legajo n° | Fecha nacimiento: |
| | C.U.I.L. n° | |
| | C.U.I.T. n° | |
| | Céd. Identidad | |
| | Si no posee estos documentos especifique su documentación | |

| | | |
|----------|---|--|
| 2 | Apellido <small>La mujer casada , viuda o separada indicará solo el apellido de soltera</small> | Nombres <small>Escribir todos los nombres sin abreviaturas</small> |
|----------|---|--|

| | | |
|----------|----------------------|------------------|
| 3 | Domicilio | Localidad |
| | Código Postal | Provincia |

Datos relacionados con funciones, cargos y ocupaciones

| | | | |
|----------|--|---|-------|
| 4 | Ministerio de Educación | Calle Centro Universitario | |
| | Repartición Universidad Nacional de Cuyo | Localidad Ciudad Provincia Mendoza | |
| | Dependencia Facultad de Odontología | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | |
| | Función que desempeña | Lugar y fecha Mendoza, | |
| | Fecha de ingreso | Firma | Sello |

En otra repartición nacional, provincial y/o municipal

| | | | |
|----------|--|---|-----------|
| 5 | Ministerio de Educación | Calle | N° |
| | Repartición Universidad Nacional de Cuyo | Localidad | Provincia |
| | Dependencia | 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

| | | | |
|----------|-----------------------|---|-----------|
| 6 | Ministerio | Calle | N° |
| | Repartición | Localidad | Provincia |
| | Dependencia | 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

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

En tareas o actividades no estatales

| | | | |
|----------|---------------------|----------------------------|------------------------------|
| 8 | 1. Autónoma | 2. Relación de dependencia | Lugar donde presta servicios |
| | Func. que desempeña | | Fecha de Ingreso |

En tareas o actividades no estatales

| | | | |
|----------|---------------------|----------------------------|------------------------------|
| 9 | 1. Autónoma | 2. Relación de dependencia | Lugar donde presta servicios |
| | Func. 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 | 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

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

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 dese cuenta a la Dirección General de Recursos Humanos y agréguese bajo constancia el legajo personal del mismo.

Firma del Jefe
Superior del Organismo

Sello