



# Universidad Nacional de Cuyo

Mendoza, República Argentina

Declaración Jurada de los cargos  
y actividades que desempeña  
el causante

<b>1</b>	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	

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

<b>3</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Localidad</b>
	<b>Código Postal</b>	<b>Provincia</b>

## Datos relacionados con funciones, cargos y ocupaciones

<b>4</b>	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

<b>5</b>	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

<b>6</b>	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

<b>7</b>	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

<b>8</b>	1. Autónoma	2. Relación de dependencia	Lugar donde presta servicios
	Func. que desempeña		Fecha de Ingreso

## En tareas o actividades no estatales

<b>9</b>	1. Autónoma	2. Relación de dependencia	Lugar donde presta servicios
	Func. que desempeña		Fecha de Ingreso

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

<b>10</b>	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