

1	LC, LE, o DNI	Matricula nro.	D.M.
Cedula de Identidad:			
Expedida por:			
En caso de no poseer documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO:			

DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

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

3	DOMICILIO	NRO.	LOCALIDAD
---	------------------	-------------	------------------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

4	MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA UNIVERSIDAD DE BUENOS AITRES	Calle Nro. JUNIN 956	Localidad Pcia: CABA
	Facultad, Instituto, etc. FFYB	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	CARGO+ DEDICACION+CONDICION(SUSTITUTO, INT O REG)	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Ingreso FECHA DE DESIGN. E	NADO ARRIBA
	Sueldo o Retribución	Certifico que los datos cons	exactos y correctos
Imputación Presupuestaria presupuesto	LUGAR	FIRMA Y SELLO DEL JEFE	

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Ministerio, Secretaria de Estado, etc.	Calle Nro.	Localidad Pcia:
	Facultad, Instituto, etc.	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de CANTIDAD DE HORAS SEGUN CARGO	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
Imputación Presupuestaria	LUGAR	FECHA	

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	Ministerio, Secretaria de Estado, etc.	Calle Nro.	Localidad Pcia:
	Facultad, Instituto, etc.	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
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	Ingreso

PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

8	En caso de ser titular de alguna pasividad, establecer:		Institución o Caja que lo abona
	Régimen	Causa	
	Desde que fecha	Importe	
Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular			

**ORIGINAL CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	CARGO DECLARADO CON DEDICACION Y CONDICION							
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 mas severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se producen 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

(Para el uso de las Direcciones de Administración y Organismos que hagan su veces)

Lugar y Fecha:

Con la constancia de quedar en poder de este servicio el duplicado de la presente declaración jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el Decreto Nro. 8566/61, remítase al Tribunal de Cuentas de la Nación, de conformidad con el artículo 14 del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de.....del año.....

.....
FIRMA DEL JEFE

(Para el uso de l Tribunal de Cuentas de la Nación)

Delegación, Fiscalía o Auditoría y fecha.....

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, pase a la Dirección General del servicio Civil de la Nación

.....
**DELEGADO – AUDITOR
CONTADOR FISCAL**

1	LC, LE, o DNI	Matricula nro.	D.M.
Cedula de Identidad:			
Expedida por:			
En caso de no poseer documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO:			

DECLARACION JURADA
De los cargos y actividades que desempeña el causante

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

3	DOMICILIO	NRO.	LOCALIDAD
---	------------------	-------------	------------------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

4	MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA UNIVERSIDAD DE BUENOS AITRES	Calle Nro. JUNIN 956	Localid ad Pcia: CABA
	Facultad, Instituto, etc FFYB	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
	Imputación Presupuestaria presupuesto	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Ministerio, Secretaria de Estado, etc.	Calle Nro.	Localidad Pcia:
	Facultad, Instituto, etc.	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
	Imputación Presupuestaria	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	Ministerio, Secretaria de Estado, etc.	Calle Nro.	Localidad Pcia.:
	Facultad, Instituto, etc.	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
	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	Ingreso

PERCEPCIÓN 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 que fecha	Importe	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular		

**DUPLICADO CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	CARGO DECLARADO CON DEDICACION Y CONDICION							
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 mas severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se producen 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 presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia el 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 nro. Que se cumplen los extremos indicados en el Art. Del mismo decreto;
Que asimismo surge que las tareas las desarrollan en los horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados;

Por tanto
AUTORIZASE la acumulación de que se trata; por separado dese 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
FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeña el causante

1	LC, LE, o DNI	Matricula nro.	D.M.
Cedula de Identidad:			
Expedida por:			
En caso de no poseer documentos especifique su documentación			
FECHA DE NACIMIENTO:			

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

3	DOMICILIO	NRO.	LOCALIDAD
----------	------------------	-------------	------------------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

4	MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	Calle Nro. JUNIN 956	Localidad Pcia: CABA
	Facultad, Instituto, etc FFYB	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
	Imputación Presupuestaria presupuesto	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Ministerio, Secretaria de Estado, etc.	Calle Nro.	Localidad Pcia:
	Facultad, Instituto, etc.	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
	Imputación Presupuestaria	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	Ministerio, Secretaria de Estado, etc.	Calle Nro.	Localidad Pcia:
	Facultad, Instituto, etc.	Funciones que desempeña	
	Dependencia, Instituto, Catedra, etc.	Ingreso	
	Cumple Horario (Completo o Reducido) de	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	Sueldo o Retribución		
	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	Ingreso

PERCEPCIÓN 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 que fecha	Importe	
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular		

TRIPLICADO

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS
PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

	DENOMINACION DEL CARGO Y CERTIFICACION DE HORARIO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	CARGO DECLARADO CON DEDICACION Y CONDICION							
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 mas severas sanciones disciplinarias, como asi también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se producen 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 falcedad, ocultamiento u omisión

.....
FIRMA DEL JEFE

Lugar y Fecha:

Conste que he recibido el original y duplicado de la presente declaración jurada, Constando que los tres ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones, a los Fines de imprimirles el trámite previsto en el Decreto nro. 8566/61.

.....
ACLARACION