

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

PROVINCIA DEL CHUBUT

DECLARACION JURADA(CONFECCIONAR POR
TRIPLICADO)**De los cargos y actividades que desempeñe el causante**

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

2	APELLIDO: La mujer casada, viuda ó soltera indicar primero apellido soltera	NOMBRES: Escriba todos los nombres sin abreviaturas
----------	--	--

3	DOMICILIO:	LOCALIDAD: Comodoro Rivadavia
----------	------------	----------------------------------

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**Repartición donde presta servicios****Lugar donde desempeña funciones**

4	MINISTERIO de EDUCACIÓN	Calle:	Localidad
	REPARTICIÓN	N°	Pcia.
	DEPENDENCIA, OFICINA ESCUELA	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. _____ a _____ ver dorso	INGRESO:	
	SUELDO o RETRIBUCIÓN ver dorso	LUGAR	FECHA
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Certifico que todos los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

5	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Calle:	Localidad:
	REPARTICIÓN:	N°	Pcia.
	DEPENDENCIA, OFICINA ESCUELA	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. _____ a _____	INGRESO:	
	SUELDO o RETRIBUCIÓN	LUGAR	FECHA
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Certifico que todos los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

6	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Calle	Localidad:
	REPARTICIÓN	N°	Pcia.
	DEPENDENCIA, OFICINA ESCUELA	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o Reducido) de hs. _____ a _____	INGRESO	
	SUELDO o RETRIBUCIÓN	LUGAR	FECHA
	IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA	Certifico que todos los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	

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	Inst. o Caja que lo abona
		Desde que fecha	importe
	Determinar si percibe el beneficio o si ha suspendido a pedido del titular.		

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

		DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
4	I.S.F.D. Nº 807							
5								
6								
7								
8								

(*) HORAS INSTITUCIONALES

LUGAR Y FECHA: Comodoro Rivadavia, de _____ de 2012.

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 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 DIRECTOR

(Para uso de la Inspección Téc. Gral. de Esc.)

Tengo que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.

FIRMA DEL INSPECTOR TECNICO GENERAL

Fecha

Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada $\frac{SI}{NO}$ (1) está autorizada en el Art. 7º inc. c) del Estatuto del Docente.

Por tanto:

(1) $\frac{SE}{NO SE}$ AUTORIZA la acumulación de que se trata; por separado dese cuenta a la Dirección de Administración previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

(1) Táchese lo que no corresponda.

FIRMA DEL INSPECTOR TECNICO GENERAL