

(CONFECCIONAR POR TRIPLICADO)

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

DECLARACION JURADA

De los cargos y actividades que desempeñe el causante

2	APELLIDO	NOMBRES	
	La mujer casada, viuda o soltera indicar primero apellido soltera	Escriba todos los nombres sin abreviaturas	
3	DOMICILIO	N°	LOCALIDAD

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios

4	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	Calle:	Localidad
		N°	Pcia.
	REPARTICION:	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO o RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	Calle:	Localidad:
		N°	Pcia.
	REPARTICION:	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO o RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARIA DE ESTADO, ETC.	Calle:	Localidad:
		N°	Pcia.
	REPARTICION:	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:	
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	INGRESO:	
	CUMPLE HORARIO (Completo o reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos	
	SUELDO o RETRIBUCION		
	IMPUTACION PRESUPUESTARIA	LUGAR	FECHA

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO o RETRIBUCION	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO:

PERCEPCION 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 qué fecha... ..importe
Determinar si percibe el beneficio o si ha sido 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							
5							
6							
7							
8							
Horas DDJJ N° 1: TOTAL DE HORAS: TOTAL PUNTOS:							

LUGAR Y FECHA:

Declaro bajo juramento que:

- a) Todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender.
- b) Conozco las normas legales e institucionales sobre incompatibilidad y que no estoy en esa situación.

Asimismo, me notifico que:

- c) Estoy obligado a declarar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas cualquier modificación que se produzca en el futuro.
- d) La falsedad, ocultamiento u omisión de los datos en la presente declaración jurada dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en la legislación vigente.

FIRMA DEL DECLARANTE

LUGAR Y FECHA:

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Y 8, y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento de que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

FIRMA DEL JEFE
(Para uso de las Secretarías de Administración)

LUGAR Y FECHA:

Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna incompatibilidad, agréguese una copia al legajo personal del causante y el original al archivo general de Declaraciones Juradas de la Universidad Nacional de Jujuy, bajo el control de la Unidad de Auditoría Interna.

FIRMA DEL JEFE SUPERIOR DE ORGANISMO

