



Universidad Nacional de San Luis
Dirección General Administrativa

**DECLARACION JURADA DE LOS CARGOS Y
ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE**

1	L.C.-L.E.-D.N.I.	Matrícula N°	Dist.Militar
	Cédula de Identidad N°:		
	Expedida por:		
	En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____			
2	APELLIDO: La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de solt	NOMBRES: Escribir todos los nombres sin abreviaturas	
3	DOMICILIO: N°:	LOCALIDAD:	

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición donde presta servicios		Lugar donde desempeña funciones	
4	MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION	Calle: _____ N°	Localidad: _____ Prov: _____
	Repartición: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS	Funciones que desempeña:	
	Dependencia, Oficina, Departamento:	Ingreso:	
	Cantidad de horas semanales:	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Sueldo:		
	Imputación Presupuestaria:	Lugar y Fecha:	

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.	Calle: _____ N°	Localidad: _____ Prov: _____
	Repartición:	Funciones que desempeña:	
	Dependencia, Oficina, Departamento:	Ingreso:	
	Cantidad de horas semanales:	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Sueldo:		
	Imputación Presupuestaria:	Lugar y Fecha:	

EN OTRA REPARTICION NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	Ministerio, Secretaría de Estado, etc.	Calle: _____ N°	Localidad: _____ Prov: _____
	Repartición:	Funciones que desempeña:	
	Dependencia, Oficina, Departamento:	Ingreso:	
	Cantidad de horas semanales:	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.	
	Sueldo:		
	Imputación Presupuestaria:	Lugar y Fecha:	

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	Empleador:	Domicilio donde presta servicios:
	Sueldo o retribución:	Funciones que desempeña:
	Cantidad de horas semanales:	Ingreso:

PERCEPCIONES 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: ____/____/____		
	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**

	CARGOS Y ACTIVIDADES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	FIRMA
4								
5								
6								
7								
8								

LUGAR Y FECHA :

Declaro bajo juramento que todos los datos 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 más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho (48) 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, 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.

.....

Director General Administrativo

LUGAR Y FECHA :

Conste que he recibido el original y duplicado de la presente Declaración Jurada, constatando que los dos ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones.

.....

Departamento Personal