|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVINCIA DEL NEUQUEN** | **1** | L.E. - L.C. - D.N.I. | Matrícula Nº Empl. Nº | D.M |
| **DECLARACION JURADA DE CARGOS**  **Y ACTIVIDADES** | Cédula de Identidad Nº | | | |
|  | 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 el apellido de soltera | NOMBRE:  Escribir todos los nombres sin abreviaturas |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | Domicilio | Número | Localidad: Provincia: |

**DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**

Repartición donde presta servicios Lugar donde desempeña sus funciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ministerio de Educación** | Calle:  Localidad:  Nº: Provincia: |
|  | Repartición | Funciones que desempeña: |
| **4** | Dependencia, Oficina, Facultad | Fecha de Ingreso: |
|  | Cumple horario (Completo-Reducido)  De horas a | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos |
|  | Imputación Presupuestaria | Lugar: Fecha : |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ministerio de Educación** | Calle: Localidad:  Nº: Provincia: |
|  | Repartición | Funciones que desempeña**:**  Fecha de Ingreso: |
| **5** | Dependencia, Oficina, Facultad. |  |
|  | Cumple horario (Completo-Reducido)  De horas a . | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos |
|  | Imputación Presupuestaria | Lugar: Fecha: |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ministerio de Educación** | Calle:  Localidad:  Nº: Provincia: |
|  | Repartición | Funciones que desempeña**:** |
| **6** | Dependencia, Oficina, Facultad | Fecha de Ingreso: |
|  | Cumple horario (Completo-Reducido)  De horas a | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y  correctos |
|  | Imputación Presupuestaria | Lugar: Fecha: |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Empleador | Lugar donde presta servicios |
| **7** | Sueldo o Retribución | Funciones que desempeña |
|  | Horario que cumple | Ingreso |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:  Régimen Causa Institución o caja que lo abona |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Empleador | Lugar donde presta servicios |
| **8** | Sueldo o Retribución | Funciones que desempeña |
|  | Horario que cumple | Ingreso |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:  Régimen Causa Institución o caja que lo abona |

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS**

**PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DEPENDENCIA Y CARGO | **D** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 motivos a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado.

..........................................................

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 declaración haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

......................................................................

CONSIGNAR COMPATIBLE O INCOMPATIBLE FIRMA DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA

Lugar y Fecha:

Con la constancia de quedar en poder de este servicio el original de la presente declaración jurada a fin de darle trámite dispuesto en el Decreto Nº003/84, remítase al Tribunal de Cuentas de Conformidad con el artículo 13º del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de ................................... de 199....

...................................................................................

CONSIGNAR COMPATIBLE O INCOMPATIBLE FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

ORGANISMO QUE HAGA SUS VECES

Lugar y Fecha:

Desglosada de la planilla de haberes antes indicada, ARCHÍVESE.

.....................................................

TRIBUNAL DE CUENTAS