

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | | |
| D.N.I:  **Consejo de Investigación** | | |
|  | **Declaración Jurada de los Cargos y Actividades que desempeña el Causante** | En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación Fecha Nacimiento: |
| **2** | APELLIDO :  La mujer casada , viuda o separada indicara el apellido de soltera. | Nombres:  Escribir todos los nombres sin abreviaturas. |
| DOMICILIO : Localidad: Provincia:  **3** | | |

DATOS DECLARADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Cargos Universitarios Lugar donde desempeña funciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Universidad: | Calle: Localidad:  Número: Provincia: |
| Facultad - Dpto. | Función que desempeña:.. Fecha de Ingreso al cargo: |
| Cátedra - Asignatura |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido) De horas:  Sueldo o Retribución:  **-**  Imputación Presupuestaria: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-  Lugar: Fecha: |

EN OTRAS REPARTICIONES NAC., PROV. Y/O MUNICIP.

Firma y sello del Director

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5** | Ministerio Secretaria de Estado, otras universidades, etc. | Calle: Localidad:  Número: Provincia: |
| Repartición: | Función que desempeña:.. Fecha de Ingreso al cargo: |
| Dependencia, Oficina, Facultad: |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido) De horas:  Sueldo o Retribución: Imputación Presupuestaria: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-  Lugar: Fecha: |

EN OTRAS REPARTICIONES NAC., PROV. Y/O MUNICIP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | Ministerio Secretaria de Estado, etc. | Calle: Localidad:  Número: Provincia: |
| Repartición: | Función que desempeña:… Fecha de Ingreso al cargo: |
| Dependencia, Oficina, Facultad: |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido) De horas:  Sueldo o Retribución:  **-**  Imputación Presupuestaria: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-  Lugar: Fecha: |

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7** | Empleador: ...................................................  Sueldo o Retribución: $..........................  Horario que cumple: ............................ | Lugar donde presta servicios: ..................................  Función que desempeña:..........................................  Fecha de Ingreso: .........../............/............ |

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

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

**8** Régimen:

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

Donde que fecha

Causa:

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

Institución o Caja que lo abona:

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

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:** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** | **Domingo** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*** | corresponde a la foja anterior |  |  |  |  |  |  |  |

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 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 y sello del Director**

Fecha: ..................

(X) Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.-

# ............................................................................

**Firma y sello del Jefe Superior**

Fecha: ....................................................................

(X) Consideración:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art. del Decreto Nº Que se cumplen los extremos indicados en el Art. Del mismo decreto;

Que asimismo surge que las tareas las desarrolla en horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por tanto:

AUTORIZASE: la acumulación de que se trata por separado dase cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo del mismo.-

Tache lo que no corresponda.

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

Firma y sello del Jefe Superior del Organismo