



1	DNI	LC	LE	N°	D.M.
CÉDULA DE IDENTIDAD N°					
EXPEDIDA POR					
En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación					
FECHA DE NACIMIENTO					

DECLARACION JURADA DE CARGOS Y ACTIVIDADES

2	APELLIDO	NOMBRES
----------	----------	---------

3	DOMICILIO	LOCALIDAD	PROVINCIA	PAIS
----------	-----------	-----------	-----------	------

INFORMACIÓN DE FUNCIONES, CARGOS Y ACTIVIDADES.

4	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CATAMARCA	CARGO QUE DESEMPEÑA
	FACULTAD, ESCUELA, DIRECCIÓN, ETC.	FECHA: desde / /
	Fecha ingreso / Repartición	Certificado que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos
		LUGAR FECHA

OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CARGO QUE DESEMPEÑA
	REPARTICIÓN	FECHA: desde / /
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	CERTIFICO
	CALLE N° LOCALIDAD PCIA.	LUGAR FECHA

OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC.	CARGO QUE DESEMPEÑA
	REPARTICIÓN	FECHA: desde / /
	DEPENDENCIA, OFICINA, FACULTAD	CERTIFICO
	CALLE N° LOCALIDAD PCIA.	LUGAR FECHA

ACTIVIDADES EN INSTITUCIONES PRIVADAS CON RELACIÓN DE DEPENDENCIA

7	EMPLEADOR:	CARGO QUE DESEMPEÑA
		FECHA: desde / /
	CALLE N°	CERTIFICO
	LOCALIDAD PCIA.	LUGAR FECHA

ACTIVIDADES PRIVADA, INDEPENDIENTE

8	TAREAS, FUNCIÓN O PROFESIÓN:	LUGAR DE PRESTACIÓN:
----------	------------------------------	----------------------

Por más y/o actividades utilizar otro formulario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CATAMARCA

Manifiesto haber recibido la Declaración Jurada de cargos y actividad que desempeña el agente de acuerdo al Art. 15° de Ordenanza Consejo Superior N° 002/93.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA: ____/____/____ FIRMA AUTOIZADA RECEPTORA: _____

HORARIOS DE CARGOS Y ACTIVIDADES

DEPENDENCIA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	V°B°
4								Firma
								Sello
5								Firma
								Sello
6								Firma
								Sello
7								Firma
								Sello
8								Firma
								Sello

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

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

Régimen Causa Institución o caja que lo abona

Desde qué fecha

Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular: Percibe SI NO } Tache lo que no
 Suspendido SI NO } corresponde

FECHA DE BAJA: _____

Declaro bajo juramento que 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 sanciones previstas en la Ordenanza Consejo Superior N° 002/93, como también que estoy obligado a denunciar dentro **de los cinco días hábiles** las modificaciones que se produzcan en el futuro.

Lugar y Fecha

FIRMA DEL DECLARANTE