PROVINCIA DEL NEUQUÉN

DECLARACIÓN JURADA DE CARGOS

Y ACTIVIDADES

Nº Empleado: **\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | ~~L.E LC~~ D.N .I  **------------** | MATRICULA Nº | D.M |

|  |
| --- |
| 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 apellido de soltera | NOMBRES: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  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, Secretaría de Estado, etc.  **Educación** | Calle**:** Localidad**:**  Prov.: |
| 4 | Repartición  **CPE** | Funciones que desempeña:  Ingreso: |
| Dependencia, Oficina, Facultad |
|  | Cumple Horario (Completo - Reducido)  De horas |
| Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos  Lugar Fecha |
|  | Sueldo o Retribución |
|  | Imputación Presupuestaria |

EN OTRA REPARTICIÓN PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministerio, Secretaría de Estado, etc.  **Educación** | Calle: Localidad:  Prov.: |
| 5 | Repartición  **CPE** | Funciones que desempeña:  Ingreso: |
| Dependencia, Oficina, Facultad. |
|  | Cumple Horario (Completo - Reducido)  De horas |
|  | Sueldo o Retribución | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos  Lugar Fecha |
|  | Imputación Presupuestaria |

EN OTRA REPARTICIÓN PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministerio, Secretaría de Estado, etc.  **Educación** | Calle: **L**ocalidad  Prov. |
|  | Repartición | Funciones que desempeña:  Ingreso: |
| Dependencia, Oficina, Facultad |
| 6 | Cumple Horario (Completo - Reducido)    De horas |
|  | Sueldo o Retribución | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos  Lugar Fecha |
|  |
|  | Imputación Presupuestaria |

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Empleador | Lugar donde presta servicios |
| 7 | Sueldo o Retribución | Función 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 Institución o caja que lo abona |

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS

**PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DEPENDENCIA Y**  **CARGO** | **Domingo** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| **4** |  | --- |  |  |  |  |  | ---- |
| **5** |  | --- |  |  |  |  |  | --- |
| **6** |  | --- |  |  |  |  |  | --- |
| **7** |  | --- |  |  |  |  |  | --- |
| **8** |  | -- |  |  |  |  |  | --- |

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

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

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 tengo conocimiento que la presente el declarante 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 el trámite dispuesto en el Decreto 003/84, remítase al Tribunal de Cuentas de conformidad con el artículo 13º del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de ........................................................................ de 2002.............-

Consignar **COMPATIBLE o INCOMPATIBLE** ........................................................................................

Firma del jefe del Departamento Administrativo u

Organismo que haga sus veces

Lugar y Fecha: ..............................................................................................................................................................................................

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, ARCHÍVESE.

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

Tribunal de Cuentas