

# Becas de Estímulo a las Vocaciones Científicas

# Convocatoria 2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** | DOMICILIO : Laprida 1097 | Localidad: Paraná Provincia: Entre Ríos |

DATOS DECLARADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **1** |  |
| D.N.I: 40168305 | |
|  | |
|  | |
| **Declaración Jurada de los Cargos y**  **Actividades que desempeña el Causante** | | En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación  Fecha Nacimiento: 6 de mayo de 1997 | |
|  | |
| **2** | APELLIDO: Rodríguez Ruiz Díaz | Nombres: Hernán Jorge | |

Cargos Universitarios Lugar donde desempeña funciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Universidad:  UNER | Calle: Ruta provincial N°11 Localidad: Oro Verde  Número: km 10 Provincia: Entre Ríos |
| Facultad - Dpto.  Facultad de Ingeniería | Función que desempeña: Auxiliar de Segunda – Dedicación simple  Fecha de Ingreso al cargo: 8 de Noviembre de 2018 |
| Cátedra – Asignatura  Física Mecánica – Introducción a la Física |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido)  De horas: 10 horas  Sueldo o Retribución:   * **6024**   Imputación Presupuestaria: INC 1 | Certifico que los datos consignados precedentemente  son exactos y correctos.-  Lugar: Paraná Fecha: 10 de agosto de 2020 |

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:- Causa:- Institución o Caja que lo abona:-

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

Donde 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:** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** | **Domingo** |
| **4** |  |  |  |  | 7:30-12:30 | 7:30-  12:30 |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*** | corresponde a la foja anterior |  |  |  |  |  |  |  |

Lugar y fecha: 10 de agosto de 2020

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 dara motivo a las más severas sanciones disciplinarias como asi también que estoy obligado a denunciar dentro de de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produz- can 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 agreguese bajo constancia al legajo del mismo.-

Tache lo que no corresponda.

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

Firma y sello del Jefe Superior del Organismo