|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Legajo N º | | | | | |
|  | **SECRETARIA DE HACIENDA** |  | **1** | DNI -LE -LC | | | Matricula Nº | D.M. |  |  |
|  | DIRECCIÓN GENERAL DEL SERVICIO |  |  | | |  |  |
|  | CIVIL DE LA NACIÓN |  | Cédula de Identidad Nº: | | |  | | |
|  | -------­ |  | Expedida por: | | |  | | |
|  | **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA NACIONAL – FACULTAD REGIONAL CORDOBA**  Declaración Jurada de los Cargos y Actividades  que desempeña el causante |  | En caso de no poseer estos documentos especifique Su documentación: | | | | | |
|  |  | Fecha de Nacimiento: | | | | | |
| **2** | Apellido: | Nombres: | | | | | | |
| **3** | Domicilio: Nº: | Localidad: | | | Provincia: | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Repartición donde presta servicios | Lugar donde desempeña funciones |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | Ministerio, Secretaria de Estado, etc. | Calle: Av. Cruz roja  Nº: S/N | | Localidad: Cordoba  Provincia: Cordoba |
| Repartición:  Universidad Tecnologica Nacional | Funciones que desempeña: | | |
| Dependencia, Oficina, Facultad:  Regional Cordoba | Ingreso: | | |
| Cumple horario (completo o reducido)  N° de horas: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | | |
| Sueldo o retribución: | Lugar: |  | |
| Imputación presupuestaria:  11-200-33-15 | Fecha: |  | |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | Ministerio, Secretaria de Estado, etc. | Calle:  Nº: | | Localidad:  Provincia: |
| Repartición: | Funciones que desempeña: | | |
| Dependencia, Oficina, Facultad: | Ingreso: | | |
| Cumple horario (completo o reducido)  N° de horas: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | | |
| Sueldo o retribución: | Lugar: |  | |
| Imputación presupuestaria: | Fecha: |  | |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | Ministerio, Secretaria de Estado, etc. | Calle:  Nº: | | Localidad:  Provincia: |
| Repartición: | Funciones que desempeña: | | |
| Dependencia, Oficina, Facultad: | Ingreso: | | |
| Cumple horario (completo o reducido)  N° de horas: | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos | | |
| Sueldo o retribución: | Lugar: |  | |
| Imputación presupuestaria: | Fecha: |  | |

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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: | | |
| **8** | Régimen: | Causa: | Institución o Caja que la abona: |
| Desde que fecha: | | Importe: |
| 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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIPCIÓN** | **D** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** |
| **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 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, 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 del Jefe (Para uso de las Direcciones de Administración u organismos que hagan sus veces) |

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar y Fecha:  Con la constancia de quedar en poder de este servicio el duplicado de la presente Declaración Jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el Decreto Nº , remítase al Tribunal de Cuentas de la Nación, de conformidad con el Artículo del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de de | |
|  | …………………………………………………………..  Firma del Jefe (Para uso del Tribunal de Cuentas de la Nación) |

|  |  |
| --- | --- |
| Delegación, Fiscalía o Auditoría y Fecha:  Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, pase a la Dirección General del Servicio Civil de la Nación. | |
|  | …………………………………………………………..  Delegado – Auditor – Contador fiscal |