|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Legajo N º |
|  |  |  | **1** | DNI -LE -LC  | Matricula Nº | D.M. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 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:  | Localidad: **CORDOBA** | Provincia:**CORDOBA** |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4**  | Ministerio, Secretaria de Estado, etc.Ministerio de Capital Humano | Calle: Av. Cruz rojaNº: S/N | Localidad: CórdobaProvincia: Córdoba |
| Repartición:Universidad Tecnológica Nacional | Funciones que desempeña:  |
| Dependencia, Oficina, Facultad: Regional Córdoba | Ingreso: |
| Cumple horario (completo o reducido) N° de horas:  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos |
| Sueldo o retribución: | Lugar: | **Cordoba,**  |
| 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 FUNCIONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 ……………………….. |
|   | …………………………………………………………..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 |