



Becas de Estímulo a las Vocaciones Científicas

		1	
		D.N.I.:	
Declaración Jurada de los Cargos y Actividades que desempeña el Causante		En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación	
		Fecha Nacimiento:	
2	APELLIDO : La mujer casada , viuda o separada indicara el apellido de soltera.	Nombres: Escribir todos los nombres sin abreviaturas.	
3	DOMICILIO :	Localidad:	Provincia:
DATOS DECLARADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES			
Cargos Universitarios		Lugar donde desempeña funciones	
4	Universidad:	Calle:	Localidad:
	Facultad - Dpto.	Número:	Provincia:
	Cátedra - Asignatura	Función que desempeña:..	
	Cumple Horario:(Completo o Reducido) De horas: Sueldo o Retribución: - Imputación Presupuestaria:	Fecha de Ingreso al cargo:	
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-	
		Lugar:	Fecha:
EN OTRAS REPARTICIONES NACIONALES, PROVI			
		Firma y sello del Director	
5	Ministerio Secretaria de Estado, otras universidades, etc.	Calle:	Localidad:
	Repartición:	Número:	Provincia:
	Dependencia, Oficina, Facultad:	Función que desempeña:..	
	Cumple Horario:(Completo o Reducido) De horas: Sueldo o Retribución: - Imputación Presupuestaria:	Fecha de Ingreso al cargo:	
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-	
		Lugar:	Fecha:
EN OTRAS REPARTICIONES NACIONALES, PROVINCIALES Y/O MUNICIPALES			
6	Ministerio Secretaria de Estado, etc.	Calle:	Localidad:
	Repartición:	Número:	Provincia:
	Dependencia, Oficina, Facultad:	Función que desempeña:...	
	Cumple Horario:(Completo o Reducido) De horas: Sueldo o Retribución: - Imputación Presupuestaria:	Fecha de Ingreso al cargo:	
		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:/...../.....	
8	PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.) En caso de ser titular de alguna pasividad establecer: 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								
5								
6								
7								
*	corresponde a la foja anterior							

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 dara motivo a las más severas sanciones disciplinarias como así también que estoy obligado a denunciar dentro de de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.-

.....
Firma del declarante

Lugar y fecha:.....

Certifico la exatitud 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 agreguese 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 N°

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