


**ARTES  
DEL MOVIMIENTO**
**DECLARACIÓN JURADA**

DE LOS CARGOS Y ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE

<b>1</b>	D.N.I. N°	C.U.I.L. N°
	CÉDULA DE IDENTIDAD N°	EXPEDIDA POR:
EN CASO DE NO POSEER ESTOS DOCUMENTOS, ESPECIFIQUE SU DOCUMENTACIÓN		
FECHA DE NACIMIENTO:		

<b>2</b>	APELLIDO	NOMBRES
<b>3</b>	DOMICILIO	LOCALIDAD

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

REPARTICIÓN DONDE PRESTA SERVICIOS

LUGAR DONDE DESEMPEÑA FUNCIONES

<b>4</b>	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC	CALLE Y N°	
	<b>EDUCACIÓN</b>	<b>SÁNCHEZ DE LORIA 443</b>	
	REPARTICIÓN	LOCALIDAD	PROVINCIA
	<b>UNA</b>	<b>CIUDAD AUTÓNOMA DE Bs. As.</b>	<b>----</b>
	DEPENDENCIA, OFICINA, DEPARTAMENTO	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
<b>DPTO. DE ARTES DEL MOVIMIENTO</b>			
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA: -----	INGRESO (FECHA DE ALTA DEL CARGO ACTUAL)		
HORARIO QUE CUMPLE: <b>VER AL DORSO</b>			

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

<b>5</b>	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC	CALLE Y N°	
	REPARTICIÓN	LOCALIDAD	PROVINCIA
			<b>-----</b>
	DEPENDENCIA, OFICINA, DEPARTAMENTO	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA:	INGRESO (FECHA DE ALTA DEL CARGO ACTUAL)		
HORARIO QUE CUMPLE: <b>VER AL DORSO</b>			

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

<b>6</b>	MINISTERIO, SECRETARÍA DE ESTADO, ETC	CALLE Y N°	
	REPARTICIÓN	LOCALIDAD	PROVINCIA
	DEPENDENCIA, OFICINA, DEPARTAMENTO	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	
IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA:	INGRESO (FECHA DE ALTA DEL CARGO ACTUAL)		
HORARIO QUE CUMPLE: <b>VER AL DORSO</b>			

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

<b>7</b>	EMPLEADOR	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS
	SUELDO O RETRIBUCIÓN	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA
	HORARIO QUE CUMPLE	INGRESO

RECEPCIÓN DE PASIVIDADES (JUBILACIONES, PENSIONES, RETIROS, ETC.)

EN CASO DE SER TITULAR DE ALGUNA PASIVIDAD ESTABLECER

<b>8</b>	RÉGIMEN	CAUSA	
	INSTITUCIÓN O CAJA QUE LO ABONA	IMPORTE	DESDE QUE FECHA:
	DETERMINE 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

		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
4	UNA - DAM						
5							
6							
7							

**Lugar y fecha:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires,

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

PARA USO DE LA INSTITUCIÓN

**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 DECANO / DIRECTOR