|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | ~~L.E.~~ - ~~L.C.~~ - D.N.I. | Empleado N | D.M.  ----------- |
| Cédula de identidad ------------- | | | |
| Expedida por :----------------- | | | |
| En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación.  Fecha de nacimiento: | | | |

PROVINCIA DEL NEUQUEN

DECLARACIÓN JURADA DE CARGOS Y

ACTIVIDADES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **APELLIDO :**    La mujer casada, viuda o separada indicará apellido de soltera. | NOMBRES : Escribir todos los nombres sin abreviaturas. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | Domicilio | Número | Localidad: | Provincia: |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Repartición donde presta servicios** | | Lugar donde desempeña sus funciones |
|  | Ministerio~~, Secretaria de Estado, etc~~  **SECRETARIA DE ESTADO , DE EDUCACION Y CULTURA** | Calle : Localidad  N°  Prov**.** |
|  | Repartición  **CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN** |
|  | Funciones que desempeña  Profesora de Didáctica de la Lengua y la Literatura II. Plan  Ingreso: |
|  | Dependencia, Oficina, Facultad |
| **4** | Cumple horario (Completo – Reducido)  De horas : **(VER DORSO)** A |
|  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.  Lugar  Fecha : |
|  | Sueldo o Retribución |
|  | Imputación Presupuestaria. Docente. |

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ministerio~~, Secretaria de Estado, etc~~  **SECRETARIA DE ESTADO , DE EDUCACION Y CULTURA** | | Calle : Localidad :  N°  Prov**.** | |
|  | Repartición  **CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACION** | |
|  | Funciones que desempeña  Ingreso: | |
|  | Dependencia, Oficina, Facultad | |
| **5** | Cumple Horario  De horas **(VER DORSO) A** | |
|  |  |  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. | |
|  | Sueldo o Retribución | |
|  | Imputación Presupuestaria. Docente. | | Lugar : | Fecha : |

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6 | Ministerio, ~~Secretaria de Estado, etc~~.,  **SECRETARIA DE ESTADO , DE EDUCACION Y CULTURA** | | Calle  Localidad :  N°  Prov**.** | |
|  | Repartición  **CONSEJO PROVINCIAL DE EDUCACION** | |
|  | * Funciones que desempeña   Ingres**o** | |
|  | Dependencia, Oficina, Facultad | |
|  | Cumple Horario | |
|  | De horas | A | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos. | |
|  | Sueldo o Retribución | |
|  | Imputación Presupuestaria | | Lugar : | 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.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 | En caso de ser titular de alguna pasividad establecer  Régimen Causa | Institución o caja que lo abona |

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS

PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DEPENDENCIA**  **Y CARGO** | **D** | **L** | **M** | **M** | **J** | **V** | **S** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Lugar y Fecha:

Declaro bajo juramento que todos los datos 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 severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 tengo conocimiento que la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

|  |
| --- |
|  |

CONSIGNAR COMPATIBLE O INCOMPATIBLE ------------------------------------------------

FIRMA JEFE DE LA DEPENDENCIA

Lugar y Fecha :

Con la constancia de quedar en poder de este servicio el original de la presente declaración jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el Decreto Nº 003/84, remítase al Tribunal de Cuentas de Conformidad con el artículo 13º del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de...................................................de .......................

|  |
| --- |
|  |

CONSIGNAR COMPATIBLE O INCOMPATIBLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

ORGANISMO QUE HAGA SUS VECES

Lugar y Fecha :

Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, ARCHÍVESE

-----------------------------------------

TRIBUNAL DE CUENTAS