|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 HorarioDe 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 establecerRégimen 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