



**Universidad Nacional de Cuyo**  
Mendoza, República Argentina

Declaración Jurada de cargos  
y actividades que desempeña  
el causante.

<b>1</b>	L.C. / L.E. / D.N.I. n°
Legajo n°	Fecha nacimiento
C.U.I.L. n°	
C.U.I.T. n°	
Céd. Identidad	
Si no posee estos documentos especifique su documentación.	

<b>2</b>	Apellido La mujer casada, viuda o separada indicará primero apellido de soltera.	Nombres Escribir todos los nombres sin abreviaturas.
----------	---	---

<b>3</b>	Domicilio Código Postal:	Localidad Provincia
----------	-----------------------------	------------------------

**Datos relacionados con las funciones, cargos y ocupaciones.**

<b>4</b>	Ministerio de Educación Repartición. Universidad Nacional de Cuyo. Dependencia. Facultad de Derecho.	Calle Localidad N° Provincia
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
Func. que desempeña		Lugar y Fecha
Fecha de ingreso		Firma Sello

**En otra repartición nacional, provincial y/o municipal.**

<b>5</b>	Ministerio Repartición Dependencia	Calle Localidad N° Provincia
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
Func. que desempeña		Lugar y Fecha
Fecha de ingreso:		Firma Sello

**En otra repartición nacional, provincial y/o municipal.**

<b>6</b>	Ministerio Repartición Dependencia.	Calle Localidad N° Provincia
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
Func. que desempeña		Lugar y Fecha
Fecha de ingreso		Firma Sello

**En otra repartición nacional, provincial y/o municipal.**

<b>7</b>	Ministerio Repartición Dependencia.	Calle Localidad N° Provincia
		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
Func. que desempeña		Lugar y Fecha
Fecha de ingreso		Firma Sello

**En tareas o actividades no estatales.**

<b>8</b>	<input type="radio"/> 1. Autonomía <input type="radio"/> 2. Relación de dependencia	Lugar donde presta servicios
Func. que desempeña		Fecha de ingreso

**En tareas o actividades no estatales.**

<b>9</b>	<input type="radio"/> 1. Autonomía <input type="radio"/> 2. Relación de dependencia	Lugar donde presta servicios
Func. que desempeña		Fecha de ingreso

**Percepción de pasividades (jubilaciones, pensiones, retiros, etc.)**

<b>10</b>	En caso de ser titular de alguna pasividad establezca: Institución o Caja que lo abona	Desde qué fecha Causa
Régimen		Determinar si se percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular



**Cuadro demostrativo del cumplimiento de los horarios para los cargos y actividades**  
Debe consignarse el horario correspondiente a la disponibilidad de cada carga horaria según Art. 2º Ord. 28/00-C.S.

Dependencia	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
4							
5							
6							
7							
8							
9							

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 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.**

Lugar y fecha: / /

Firma del  
declarante

Sello

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1, 2 y 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que

Lugar y fecha: / /

no tengo conocimiento de que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad ocultamiento u omisión.

Firma del  
Jefe

Sello

Considerando:

Que la situación de acumulación denunciada está en la Ordenanza nº 28/00 del Consejo Superior  
Que se cumplen los extremos indicados en los art. 2º, 4º y 8º de las Ordenanza.

Por lo tanto:

Autorízase la acumulación de que se trata, por separado dése cuenta a la Dirección General de Recursos Humanos y agréguese bajo constancia al legajo personal del mismo.

Lugar y fecha

Firma del Jefe  
Superior del  
Organismo

Sello