



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

DECLARACIÓN JURADA DE ACTIVIDADES REMUNERADAS Y PASIVIDADES

Maipú 1065 – 2000 Rosario – Santa Fe

| | | | | | | | | |
|-------------------|--|--------|---------|-----------|--|---------------------|-----------|--|
| Apellido y Nombre | | D.N.I. | | C.U.I.L. | | Fecha de Nacimiento | | |
| Domicilio Real | | | | Localidad | | | Provincia | |
| Teléfono | | | Celular | | | Mail | | |

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE EL DETALLE DE CARGOS Y/O TAREAS REMUNERADAS QUE DESEMPEÑO CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, EMPLEADORES, DOMICILIOS, OBLIGACIONES FORMALES DE HORARIOS, TIPO DE ACTIVIDAD Y SITUACIÓN PREVISIONAL SON LAS SIGUIENTES: (1)

| Nombre o Denominación del Empleador | | Domicilio Laboral | Cargo o Tarea | Horario de Prestación de Servicios | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------|---------------|------------------------------------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Fecha de Ingreso | Sueldo o Retribución | | | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
| 1) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 4) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Total Horas | | | | | | | | | |

Lugar y Fecha:

Firma del Agente

(1) Ordenanza N° 698. ARTICULO 16°.- Toda omisión o falsa declaración sobre los cargos, horarios, funciones y/o beneficios hará pasible al agente de las medidas disciplinarias que correspondan, según el grado de infracción cometida. Igual medida se aplicará a las autoridades que consientan omisiones o falsedades.

PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)

| | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|---------|--|
| Régimen | | Institución o Caja que lo abona | | Causa | |
| Fecha de Otorgamiento del Beneficio | | Fecha de Percepción del Beneficio | | Importe | |
| Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular | | | | | |
| Lugar y Fecha: | | | | | |
| _____ Firma del Agente | | | | | |

Certifico la exactitud de los datos personales y de los cargos y horarios que desempeña el declarante en esta dependencia y que la firma fue puesta en mi presencia.

Lugar y Fecha:

 Firma Jefe de Personal