

# Becas de Estímulo a las Vocaciones Científicas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3** | DOMICILIO : | Localidad: Provincia: |

DATOS DECLARADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1** |  |
| D.N.I: |
|  |
|  |
| Declaración Jurada de los Cargos yActividades que desempeña el Causante | En caso de no poseer estos documentos especifique su documentaciónFecha Nacimiento: |
|  |
| **2** | APELLIDO :La mujer casada , viuda o separada indicara el apellido de soltera. | Nombres:Escribir todos los nombres sin abreviaturas. |

Cargos Universitarios Lugar donde desempeña funciones

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | Universidad: | Calle: Localidad:Número: Provincia: |
| Facultad - Dpto. | Función que desempeña:..Fecha de Ingreso al cargo: |
| Cátedra - Asignatura |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido)De horas:Sueldo o Retribución:**-**Imputación Presupuestaria: | Certifico que los datos consignados precedentementeson exactos y correctos.-Lugar: Fecha: |

EN OTRAS REPARTICIONES NACIONALES, PROVI

Firma y sello del Director

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5** | Ministerio Secretaria de Estado, otras universidades, etc. | Calle: Localidad:Número: Provincia: |
| Repartición: | Función que desempeña:..Fecha de Ingreso al cargo: |
| Dependencia, Oficina, Facultad: |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido)De horas:Sueldo o Retribución: Imputación Presupuestaria: | Certifico que los datos consignados precedentementeson exactos y correctos.-Lugar: Fecha: |

EN OTRAS REPARTICIONES NACIONALES, PROVINCIALES Y/O MUNICIPALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | Ministerio Secretaria de Estado, etc. | Calle: Localidad:Número: Provincia: |
| Repartición: | Función que desempeña:…Fecha de Ingreso al cargo: |
| Dependencia, Oficina, Facultad: |
| Cumple Horario:(Completo o Reducido)De horas:Sueldo o Retribución:**-**Imputación Presupuestaria: | Certifico que los datos consignados precedentementeson exactos y correctos.-Lugar: Fecha: |

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7** | Empleador: ...................................................Sueldo o Retribución: $..........................Horario que cumple: ............................ | Lugar donde presta servicios: ..................................Función que desempeña:..........................................Fecha de Ingreso: .........../............/............ |

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.) En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

**8** Régimen: Causa: Institución o Caja que lo abona:

....................................... ................................ ......................................................

Donde que fecha

Determinar 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*** | **CARGOS:** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** | **Domingo** |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\*** | corresponde a la foja anterior |  |  |  |  |  |  |  |

Lugar y fecha:.........

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**

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 y sello del Director**

Fecha: ..................

(X) Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.-

# ............................................................................

**Firma y sello del Jefe Superior**

 **(SCyT-FFRR)**

Fecha: ....................................................................

(X) Consideración:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art. del Decreto Nº Que se cumplen los extremos indicados en el Art. Del mismo decreto;

Que asimismo surge que las tareas las desarrolla en horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por tanto:

AUTORIZASE: la acumulación de que se trata por separado dase cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agréguese bajo constancia al legajo del mismo.-

Tache lo que no corresponda.

............................................................................

Firma y sello del Jefe Superior del Organismo

(SCTyP-RECTORADO)