

Declaración Jurada de los Cargos y Actividades.

- Instructivo (Frente). Imprimir en tamaño A4 y doble faz. No se aceptarán DDJJ tachadas, enmendadas o con liquid paper.
- Completar el original con lapicera azul o negra.
- Sacar 2 copias e indicar duplicado o triplicado según corresponda, con firmas originales en todos los casos.

DECLARAR EL MISMO DOMICILIO DE LA PROPUESTA DE CONTRATACION Y DDJJ DE DOMICILIO ANUAL

SECTOR DONDE TRABAJA

HORARIO QUE CUMPLE (DESDE Y HASTA)

NIVEL Y GRADO

NO COMPLETAR

HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS DECLARACIÓN JURADA DE LOS CARGOS Y ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL CAUSANTE

1 ☐ **DUPLICADO** ☒ **ORIGINAL** ☐ **TRIPLICADO**
(Marcar según corresponda)

1	Tipo Doc.	Nº D.N.I.
	D.N.I.	
Matricula Nº:		
Fecha de Nacimiento		

COMPLETAR CON LOS DATOS PERSONALES CORRESPONDIENTES

2	APELLIDO:		NOMBRES:			
	DOMICILIO:		Nº:	Piso:	Depto:	Casa / UF:
3	Cod. Postal:	Localidad:	Partido:	Provincia:		

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

4	Repartición donde presta servicios	Lugar donde desempeña funciones			
	Ministerio, Secretaría de Estado, Etc	Calle	Nº	Localidad	Provincia
	Ministerio de Salud y Bienestar Social	Av. Pte. A. Illia y Av. Marconi	S/N	El Palomar	Bs. As.
	Repartición	Función que desempeña:			
	Hospital Nacional Prof. A. Posadas	Fecha de Ingreso			
	Dependencia, Oficina, Facultad	Nº de Legajo			
	Cumple horario (completo o reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos			
	de hs. a				
	Sueldo o retribución				
	Imputación presupuestaria	Lugar	Fecha		

PERFIL ASIGNADO EN EL CONTRATO

FECHA DE INGRESO COMO PERSONAL CONTRATADO Y NÚMERO DE LEGAJO

FIRMA DEL AGENTE

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

5	Repartición donde presta servicios	Lugar donde desempeña funciones			
	Ministerio, Secretaría de Estado, Etc	Calle	Nº	Localidad	Provincia
	Repartición	Función que desempeña:			
	Dependencia, Oficina, Facultad	Fecha de Ingreso			
		Nº de Legajo			
	Cumple horario (completo o reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos			
	de hs. a				
	Sueldo o retribución				
	Imputación presupuestaria	Lugar	Fecha		

COMPLETAR EN CASO DE TENER OTRO EMPLEO EN EL ORDEN PÚBLICO

EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

6	Repartición donde presta servicios	Lugar donde desempeña funciones			
	Ministerio, Secretaría de Estado, Etc	Calle	Nº	Localidad	Provincia
	Repartición	Función que desempeña:			
	Dependencia, Oficina, Facultad	Fecha de Ingreso			
		Nº de Legajo			
	Cumple horario (completo o reducido)	Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos			
	de hs. a				
	Sueldo o retribución				
	Imputación presupuestaria	Lugar	Fecha		

Declaración Jurada de los Cargos y Actividades.

- Instructivo (Dorso). No se aceptarán DDJJ tachadas, enmendadas o con liquid paper.
- Indicar horario de entrada y salida de su jornada laboral diaria.
- En caso de trabajar en otra repartición debe haber 1 hora de diferencia entre los distintos empleos.
- En caso de trabajar únicamente en el Hospital Posadas completar solamente el punto 4 (no completar los puntos 5 en adelante).
- Las jornadas laborales declaradas no deben ser superiores a las 12 hs diarias.
- El descanso entre el cese de una jornada y el comienzo de la otra deberá mediar una pausa no inferior a 12 hs.

TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES	
7	Empleador
	Sueldo o retribución
	Horario que cumple

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc)		
8	En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:	
	Regimen:	Causa:
	Desde que fecha:	Importe:
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular.	

CUADRO DEMOSTRATIVO DE CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES								
	Repartición:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
4	HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS							
5								
6								
7								
8								

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.

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.

Lugar y fecha:

Conste que he recibido el original y el duplicado de la presente declaración jurada, constatando que los tres ejemplares son similares y contienen iguales informaciones y certificaciones, a los fines de imprimirles el trámite previsto en el Decreto Nº 8566/51.

FIRMA DEL AGENTE

Firma del Declarante

FIRMA Y SELLO DEL JEFE SUPERIOR INMEDIATO (NO SUPERVISORES)

Firma del Jefe

NO COMPLETAR

Aclaración

OTRO EMPLEO PÚBLICO

HORARIO QUE CUMPLE SEMANALMENTE (DÍA POR DÍA Y DESDE Y HASTA)