



DECLARACIÓN JURADA “INCOMPATIBILIDAD” LEY 20695 MODIF. LEY 4973

Decreto N.º 01630 del 25/10/73 y su aplicación

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:										NOMBRES:										Fecha nacimiento				DNI / LE / LC			
DOMICILIO:										NRO:				LOCALIDAD:				PROVINCIA: SANTA FE				Teléfono:					

Datos relacionados con cargos Presupuestarios – Nac. Prov., Munic. Y Comun. (Organismos Descentralizados)

ACTIVIDADES (3)	Horario días	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Certif. Superior (4)
Régimen Presupuestario (1)	D																									Firma y Aclaración
Jurisdicción	L																									
Programa	M																									
Dependencia	M																									
Categoría y Función	J																									
Carácter de Revista (2)	V																									
Fecha de Ingreso	S																									
Régimen Presupuestario (1)	D																									Firma y Aclaración
Jurisdicción	L																									
Programa:	M																									
Dependencia	M																									
Categoría y Función	J																									
Carácter de Revista (2)	V																									
Fecha de ingreso	S																									
Régimen Presupeitario (1)	D																									Firma y Aclaración
jurisdicción	L																									
Programa	M																									
Dependencia	M																									
Categoría y Función	J																									
Carácter de Revista (2)	V																									
Fecha de Ingreso	S																									

DATOS RELACIONADOS CON JUBILACIONES Y PENSIONES

Jubilación:		Número	Ordinaria:		Régimen Ley N.º	Prec. Hab.:		Caja que lo abona:
Pensión			Retiro:			Susp. Cobro:		

INSTRUCCIONES: 1) Nacional, Provincial, Municipal o Comunal y Actividades remuneradas. 2) Titular, Reemplazante, Interino o Contratado. 3) Llenar en el cuadro comparativo Días/Horario, los casilleros que abarquen en horas el desempeño diario del cargo en el período de una semana. 4) El desempeño de cargos en el orden Nacional, deberá ser certificada por la Autoridad Superior del Organismo Nacional donde preste servicios, radicada en el Territorio Provincial.

I Lugar y Fecha: Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son exactos. Asimismo me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, motivará la aplicación de sanciones previstas en la Ley 8525 y que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones futuras.	 Firma del declarante
II Lugar y Fecha: Certifico la autenticidad de la firma que antecede y manifiesto no tener conocimiento que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión. 1) La Declaración Jurada del responsable de la Unidad de Organización u organismo del máximo nivel administrativo, será certificado por el funcionario superior del cual dependa.	 Firma y aclaración del Responsable de la Unidad de Organización

INTERVENCIÓN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....