

Tipo de Declaración Jurada: ORIGINAL / RECTIFICATORIA

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
PROVINCIA DEL CHUBUT**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Confeccionar por Triplicado)

**De los cargos y actividades que desempeñe el causante**

<b>1</b>	Documento Único (DU) N°:
	C.U.I.L. o C.U.I.T. N°:
	FECHA DE NACIMIENTO: / /
	CORREO ELECTRÓNICO:

<b>2</b>	APELLIDO	NOMBRES	
	Indicar apellido completo	Escriba todos los nombres sin abreviaturas	
<b>3</b>	DOMICILIO	N°	LOCALIDAD

**DECLARACIÓN DE CARGOS DE NIVEL INICIAL, PRIMARIO, SECUNDARIO, SUPERIOR y MATERIAS ESPECIALES**

*(Horas Cátedras se declaran en el reverso)*

**REPARTICIÓN DONDE PRESTA SERVICIOS**

<b>4</b>	<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN</b>			
	ESCUELA/OFICINA N°:			CALLE: N°
	CARGO	NIVEL	JORNADA	LOCALIDAD
				Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
	SITUACION DE REVISTA	TURNO	HORARIO	LUGAR Y FECHA FIRMA DEL DECLARANTE

<b>5</b>	<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN</b>			
	ESCUELA/OFICINA N°:			CALLE: N°
	CARGO	NIVEL	JORNADA	LOCALIDAD
				Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
	SITUACION DE REVISTA	TURNO	HORARIO	LUGAR Y FECHA FIRMA DEL DECLARANTE

<b>6</b>	<b>MINISTERIO DE EDUCACIÓN</b>			
	ESCUELA/OFICINA N°:			CALLE: N°
	CARGO	NIVEL	JORNADA	LOCALIDAD
				Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.
	SITUACION DE REVISTA	TURNO	HORARIO	LUGAR Y FECHA FIRMA DEL DECLARANTE

**DECLARACIÓN DE FUNCIONES Y OCUPACIONES**

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL de gestión Pública o Privada**

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

<b>7</b>	EMPLEADOR:	LUGAR DONDE PRESTA SERVICIOS:
	CANTIDAD DE HORAS:	FUNCIONES QUE DESEMPEÑA:
	INGRESO:	Lugar y Fecha Firma y sello autoridad

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

<b>8</b>	En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:	
	Régimen:	Causa
		desde qué fecha:
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular	Inst. o Caja que lo abona:

# DECLARACIÓN DE HORAS CÁTEDRAS DE NIVEL SECUNDARIO, SUPERIOR y MATERIAS ESPECIALES

Detallar horario que se cumple en intervalos de 40 minutos, por Escuela ú Oficina de Servicios y según el turno en que se desarrolla la actividad docente

TURNO	HORA	Esc. / Of. N°						Esc. / Of. N°						Esc. / Of. N°						Esc. / Of. N°						
		Localidad:						Localidad:						Localidad:						Localidad:						
		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	
MAÑANA																										
		1473 / 5881 (Inst. / Proy.)																								
TARDE																										
		1473 / 5881																								
VESPERTINO /NOCHE																										
		1473 / 5881																								
		Total Horas Escuela						Total Horas Escuela						Total Horas Escuela						Total Horas Escuela						

Total de Horas Cátedras 1473 / 5881

Total General de Horas Cátedras

*\* Si se encontrara usufructuando un cambio de función / tareas pasivas o una flexibilización según Ley VIII N°69, Comisión de Servicio – Adscripción, adjuntar copia de Disposición y Resolución.*

*\* En caso de constarse incompatibilidad, omisión y/o falsedad en la declaración de Cargos y Horas Cátedra, por aplicación del Art. 7 de la Ley VIII N° 69, esto es, el emplazamiento para regularizar la situación planteada.*

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:** \_\_\_\_\_  
Firma del Declarante

Certifico la exactitud de los datos consignados en el presente formulario 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello del Certificante

Dejo constancia que en el presente formulario no se observa ninguna transgresión a la Ley VIII N° 69. Agréguese al legajo personal de declarante.

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Coord. Reg. de Incompatibilidad Docente

