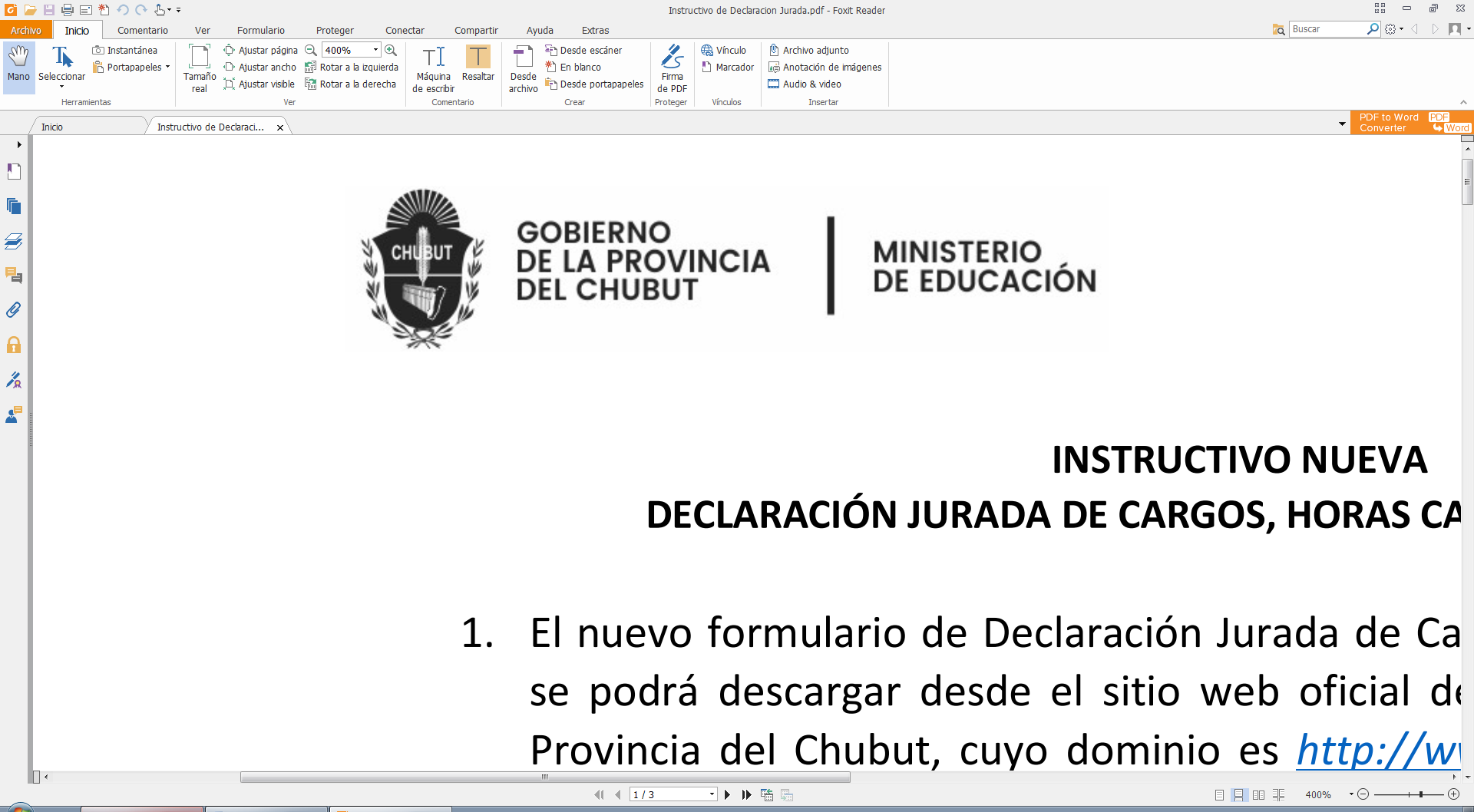
**Folio de**

Tipo de Declaración Jurada: **ORIGINAL / RECTIFICATORIA**

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

**PROVINCIA DEL CHUBUT**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Documento Único (DU) N°: |
| C.U.I.L. o C.U.I.T. N°: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: / / | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | |

# **DECLARACIÓN JURADA**

# (Confeccionar por triplicado)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2** | APELLIDO  Indicar apellido completo | NOMBRES  Escriba todos los nombres sin abreviaturas | |
| **3** | 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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** | **MINISTERIO DE EDUCACIÓN** | | |  |
| ESCUELA/OFICINA N°: | | | CALLE: N°  LOCALIDAD |
| CARGO | NIVEL | JORNADA |
|  |  |  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.  LUGAR Y FECHA FIRMA DEL DECLARANTE |
|  |  |  |
| SITUACI**Ó**N DE REVISTA | TURNO | HORARIO |
|  |  |  |

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

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

**DECLARACIÓN DE FUNCIONES Y OCUPACIONES**

**EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL de gestión pública o privada**

**EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7** | 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.)**

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

**DECLARACIÒN DE HORAS CÀTEDRA DE NIVEL SECUNDARIO, SUPERIOR y MATERIAS ESPECIALES**

Detallar horario que se cumple en intervalos de 40 minutos, por escuela u 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°** | | | | | |  | **Esc. / Of. N°** | | | | | |
|  |  |  |  |
| *Localidad:* | |  |  |  |  |  | *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** |  | **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 horas Escuela* | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Total de horas cátedra 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** |