**Nº Empleado:** Hoja :



 **PROVINCIA DE NEUQUÉN**

 **DECLARACIÓN JURADA DE** **CARGOS**

 **Y ACTIVIDADES**



| **2** | APELLIDO:  | NOMBRES: |
| --- | --- | --- |
| **3** | Domicilio: Número  | Localidad: Neuquen Provincia: Neuquen |

 **DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES**

REPARTICIÓN DONDE PRESTA SERVICIOS Lugar donde desempeña sus funciones

|  | Ministerio, Secretaría de Estado, etc. Educación, Justicia Deporte y Juventud | Calle: Nº:  |
| --- | --- | --- |
|  | Repartición Consejo Provincial de Educación | Localidad:Provincia:  |
| **4** | Dependencia, Oficina, Facultad | Funciones que desempeña:  |
|   | Cumple horario (Completo-Reducido)De horas  | Ingreso:  |
|  | Sueldo o Retribución   | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos |
|  | Imputación Presupuestaria  | Lugar: Fecha:  |

 **EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL**

|  | Ministerio, Secretaría de Estado, etc. | Calle:  |
| --- | --- | --- |
|  | Repartición | Localidad:Provincia : |
| **5** | Dependencia, Oficina, Facultad | Funciones que desempeña:  |
|   | Cumple horario (Completo-Reducido) | Ingreso: |
|  | Sueldo o Retribución  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos |
|  | Imputación Presupuestaria  | Lugar: Fecha:  |

 **EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL y/o MUNICIPAL**

|  | Ministerio, Secretaría de Estado, etc. | Calle: Nº:  |
| --- | --- | --- |
|  | Repartición | Localidad: Provincia: |
| **6** | Dependencia, Oficina, Facultad | Funciones que desempeña:  |
|   | Cumple horario (Completo-Reducido)De horas | Ingreso:  |
|  | Sueldo o Retribución  | Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos |
|  | Imputación Presupuestaria  | Lugar: Fecha:  |

 **EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES**



|  | Empleador: | Lugar dónde presta servicios: |
| --- | --- | --- |
| **7** | Sueldo o Retribución: | Funciones que desempeña: |
|  | Horario que cumple: | Ingreso: |

 **RECEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, pensiones, retiros, etc.)**

| **8** | En caso de ser titular de alguna pasividad establecerREGIMEN: CAUSA | INSTITUCIÓN O CAJA QUE LA ABONA |
| --- | --- | --- |

**CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS**

**PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES**

|  | **DEPENDENCIA Y****CARGO** | **Domingo** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4** |  | **---------------** |  |  |  |  |  | **------------------** |
| **5** |  |  |   |   |   |   |   |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Lugar y Fecha: Neuquén, de de 2024

 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

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

Firma del Declarante

Lugar y Fecha: Neuquén capital, de 2024

 Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1,2 y 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que tengo conocimiento que el presente declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.



Consignar **COMPATIBLE o INCOMPATIBLE** ........................................................................................

Firma del Jefe de la Dependencia

Lugar y Fecha: ..............................................................................................................................................................................................

 Con la constancia de quedar en poder de este servicio el original de la presente Declaración Jurada a fin de darle el trámite dispuesto en el Decreto 003/84, remítase al Tribunal de Cuentas de conformidad con el artículo 13º del citado decreto, adjunto a la planilla de haberes del mes de ........................................................................ de 1.99.............-



 Consignar **COMPATIBLE o INCOMPATIBLE** ........................................................................................

 Firma del Jefe del Departamento Administrativo u

 Organismo que haga sus veces

Lugar y Fecha: ..............................................................................................................................................................................................

 Desglosado de la planilla de haberes antes indicada, ARCHÍVESE.

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

Tribunal de Cuentas

JLS.