

Datos de cargos en otro Organismo Público. (En caso de tener más de un cargo, utilice un cuadro por cada uno.)

MINISTERIO/ ORGANISMO:			CUIT:			
CARGO:		DOCENTE NO DOCENTE		DEDICACIÓN HORARIA SEMANAL _____ HS		
DOMICILIO DE TRABAJO:						
FECHA DE ALTA DE CARGO: ____/____/____			FECHA DE FINALIZACIÓN (si corresponde): ____/____/____			
CUMPLIMIENTO HORARIO						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.

MINISTERIO/ ORGANISMO:			CUIT:			
CARGO:		DOCENTE NO DOCENTE		DEDICACIÓN HORARIA SEMANAL _____ HS		
DOMICILIO DE TRABAJO:						
FECHA DE ALTA DE CARGO: ____/____/____			FECHA DE FINALIZACIÓN (si corresponde): ____/____/____			
CUMPLIMIENTO HORARIO						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.	De a hs.

Datos relacionados con actividades en empresas privadas o en carácter autónomo

(Completar todos los campos. En caso de tener más de un cargo, repetir el cuadro por cada uno. Tachar el cuadro no utilizado)

RAZÓN SOCIAL:			CUIT/ CUIL:			
CARGO:		DOCENTE NO DOCENTE		DEDICACIÓN HORARIA SEMANAL _____ HS		
FECHA DE ALTA DE CARGO: ____/____/____			FECHA DE FINALIZACIÓN (si corresponde): ____/____/____			

RAZÓN SOCIAL:			CUIT/ CUIL:			
CARGO:		DOCENTE NO DOCENTE		DEDICACIÓN HORARIA SEMANAL _____ HS		
FECHA DE ALTA DE CARGO: ____/____/____			FECHA DE FINALIZACIÓN (si corresponde): ____/____/____			

Datos de las personas que conforman en grupo familiar a Cargo (Para uso de Licencias por Familiar a Cargo.)

VÍNCULO	NOMBRE Y APELLIDO	CUIL	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO		
				D	M	A

Referencias generales:

Parientes consanguíneos hasta el segundo grado, afines en primer grado, cónyuge, conviviente o con unión civil.

Menores en guarda, tutela y/o tenencia acordada por autoridad judicial o administrativa.

 * **IMPORTANTE:** deberá adjuntar la documentación que acredite el vínculo declarado

Datos relacionados con beneficios jubilatorios (completar en caso de corresponder)

TIPO DE BENEFICIO:	NÚMERO DE BENEFICIO:
LEY DE TRAMITACIÓN N.º:	FECHA DE OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO:

CUD -Certificado Único de Discapacidad	Nº	Fecha de Vencimiento:
--	----	-----------------------

(En caso de poseer, adjuntar copia del certificado)

SITUACIÓN LEGAL

Declaro que no me encuentro en estado de inhabilitación para la contratación en la Universidad Nacional de San Martín, en su condición de ente autónomo del Estado Nacional conforme las normativas de las leyes N° 25164, Decreto N°366/06, Decreto N°1246/15, Ley N°25188 de Ética Pública, Estatutos y Reglamentos de esta Universidad que se encuentren vigente.

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados en las páginas 1, 2 y 3 son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico con cualquier falsedad, ocultamiento y omisión dará motivo a sanciones disciplinarias, como así también que es mi obligación informar dentro de los 10 (diez) días hábiles las modificaciones que se produzcan en el futuro.

Asimismo, declaro conocer la normativa vigente según corresponda para mi contratación en el ámbito de la Universidad, según la indicada en la página web oficial de esta Universidad Nacional. (http://www.unsam.edu.arconsejo_superior/normativa.asp)

San Martín, _____ de _____ del 20 _____

Firma del Declarante: _____

N.º de DNI: _____

PARA USO DE LAS DIRECCIONES DE ADMINISTRACIÓN

Certifico la exactitud de los datos del declarante 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.

San Martín, _____ de _____ del 20 _____

Firma y Sello de la Autoridad Administrativa: _____