

DECLARACIÓN JURADA DE ACUMULACION DE CARGOS**Ley N° 1128-A antes Ley N° 4865**

Declaro bajo juramento no encontrarme comprendido/a en las incompatibilidades establecidas en la Ley N° 4865, asimismo me obligo a informar dentro de las 48 horas cualquier cambio o modificación de mi situación de revista o el ejercicio de otra función o cargo a lo que actualmente ejerzo en los términos del Artículo 10° de dicha norma legal.

APELLIDO:**NOMBRE:****DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO:** **N°****CUIL:****FECHA DE NACIMIENTO:** **SEXO:** M F **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:** (Marque el mayor nivel alcanzado)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO POSEE | | | |
| <input type="checkbox"/> PRIMARIO | <input type="checkbox"/> COMPLETO | ó | <input type="checkbox"/> INCOMPLETO |
| <input type="checkbox"/> SECUNDARIO | <input type="checkbox"/> COMPLETO | ó | <input type="checkbox"/> INCOMPLETO |
| <input type="checkbox"/> TERCARIO | <input type="checkbox"/> COMPLETO | ó | <input type="checkbox"/> INCOMPLETO |
| <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO | <input type="checkbox"/> COMPLETO | ó | <input type="checkbox"/> INCOMPLETO |
| <input type="checkbox"/> POSTGRADO | <input type="checkbox"/> COMPLETO | ó | <input type="checkbox"/> INCOMPLETO |

INDICAR PROFESIÓN/PROFESIONES SI LA TUVIERE (según tabla I):

.....

DOMICILIO PARTICULAR:**LOCALIDAD:** **TELÉFONO:****DEPARTAMENTO:** **PROVINCIA:** **C.P.****1) AMBITO LABORAL:**

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Provincial | <input type="checkbox"/> 2. Municipal | <input type="checkbox"/> 3. Nacional | <input type="checkbox"/> 4. Privado |
| <input type="checkbox"/> 5. Empresa del Estado | <input type="checkbox"/> 6. Emp. con Partic. Estatal Mayoritaria | <input type="checkbox"/> 7. Otros | |

(Sólo debe consignar un casillero por formulario)

2) ORGANISMO Y OFICINA (Jurisdicción según Tabla II)

.....

3) LUGAR DE TRABAJO: Localidad

Provincia (Código según Tabla III)

4) **PERSONAL DOCENTE** **PERSONAL NO DOCENTE**

(Sólo debe consignar un casillero por formulario)

5) SITUACIÓN DE REVISTA

- 01 Planta
- 02 Locación de Servicios
- 03 Jornalizado
- 04 Retirados Ley N° 3582 Ley N° 3853 Ley N° 3900 Ley N° 4256 Ley N° 4923 Ley N°6652
- 05 Régimen de Jubilación Provincial Nacional Especial N° Beneficiario
- 06 Personal de Gabinete
- 07 Autoridades Superiores a) Cargo Electivo b) Cargo Ejecutivo
- 08 Directores de Empresas
- 09 Magistrados
- 10 Municipios a) Concejal b) Cargo Ejecutivo
- 11 Docente a) Titular b) Interino c) Suplente
- 12 Consultor

6) CARGOS HORAS CATEDRAS Cantidad de Horas Cátedra.....
 Denominación del cargo (si correspondiere)
 (Sólo debe consignar un casillero por Formulario)

7) NIVEL EN EL QUE SE DESEMPEÑA: (Para personal docente)

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Inicial | 4. <input type="checkbox"/> Terciario |
| 2. <input type="checkbox"/> EGB 1 y 2 Ciclo o Primaria | 5. <input type="checkbox"/> Superior |
| 3. <input type="checkbox"/> EGB 3 Ciclo Polimodal o Secundaria | 6. <input type="checkbox"/> Universitario |

8) HORARIO Y DEDICACIÓN:

1. Horario: a) Normal b) Jornada Reducida c) Jornada Fulltime d) Jornada Completa e) TiempoCompleto
2. Dedicación: a) Mayor Dedicación b) Dedicación Exclusiva

9) LABORES DE ALTA ESPECIALIZACIÓN: (Según Tabla IV).....

10) PERCEPCIÓN DE HABERES: 1 SI 2. NO (Marcar lo que corresponda)
 Si no percibe haberes indicar la causa:

11) HORARIO DE TRABAJO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Mañana y Tarde |
| <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Mañana y Noche |
| <input type="checkbox"/> Noche | <input type="checkbox"/> Tarde y Noche |
| <input type="checkbox"/> Flexibilidad Horaria | <input type="checkbox"/> Mañana Tarde y Noche |

En la ciudad de, Provincia del Chaco, a losdías del mes dedel año dos mil

<p>FIRMA DEL TITULAR:</p> <p>ACLARACIÓN:</p> <p>CANTIDAD DE HOJAS PRESENTADAS:</p>	<p>CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA POR AUTORIDAD JERARQUICA SUPERIOR</p>
---	---