



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA
Form. DRH 002

Para uso exclusivo de la Dirección de RRHH:

Legajo N° _____

Tarjeta N° _____

Fecha y Firma Recepción

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: _____

(La mujer casada, viuda o separada indicará primero el apellido de soltera)

Doc. Identidad Tipo ____ N° _____ CUIL: _____

Otros Doc. Tipo: _____ N° _____ Expedió: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo Femenino

Grupo sanguíneo: Factor ____ RH ____ Masculino

Ciudad de origen: _____ Provincia: _____

Nacionalidad: _____ Naturalizado el: ____ / ____ / ____

Estado civil: _____ el ____ / ____ / ____ separado el ____ / ____ / ____

Padre: _____ F. Nac. ____ / ____ / ____ Vive ____

Madre: _____ F. Nac. ____ / ____ / ____ Vive ____

Foto
Carnet

2. DOMICILIO ACTUAL DE RESIDENCIA

Domicilio: Calle _____ N° _____ Dpto. ____ Localidad: _____

C.P. _____ Tel.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

3. ESTUDIOS CURSADOS

Título: _____ Expedido por: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Título: _____ Expedido por: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Idiomas que habla o traduce: _____

4. DATOS FAMILIARES

Table with 8 columns: Apellido y Nombres (1), Fecha de nacimiento, Tipo y N° de Documento, Sexo, Parentesco(2), Incapacitado(3), A cargo(4), Remuneración(5)

(1) Indicar composición del grupo familiar (2) Cónyuge, hijo, padre, madre, otro (3) Si es incapacitado (4) Si se encuentra a cargo del agente (5) Consignar remuneración percibida en caso de corresponder.



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

5. DATOS PREVISIONALES (Jubilaciones, pensiones, Retiros, etc.)

Si es agente jubilado:

Nación Provincia Ordinaria Especial
Bajo Ley: 18.017 (anterior) Fecha ___ / ___ / ___ Docente Común
24.241 (actual) Fecha ___ / ___ / ___ Reducida

6. SEGUROS (Se deben llenar los respectivos formularios de adhesión)

| Se adhiere a: | SI | NO | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Seguro Voluntario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro Obligatorio <input checked="" type="checkbox"/> |
| Seguro Amparo Familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (Ver Instructivo respectivo) |
| Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

7. DATOS COMPLEMENTARIOS

Opción Obra Social: O.S.P.U.N.C.P.B.A.

Otras Nombre Obra Social: _____

Observaciones:

Lugar y Fecha _____

Firma

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son correctos, quedando obligado a comunicar dentro de los 30 días de producida cualquier variante relacionada con los datos aquí denunciados.