





MINISTERIO O REPARTICIÓN: .....

CARGO	HORARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO										FIRMA DEL RESPONSABLE	
	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES			
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA		

SI PERCIBE BENEFICIO DE JUBILACIÓN NACIONAL, PROVINCIAL O MUNICIPAL, PENSIÓN O ACTIVO:

LEY	CARGO EN QUE OBTUBO LA JUBILACIÓN

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

.....

## FIRMA

LUGAR

FECHA

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces de acuerdo a mi leer, saber y entender. Así mismo me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las sanciones disciplinarias correspondientes, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

.....  
FIRMA DEL DECLARANTE