



**HORARIOS DE CARGOS Y ACTIVIDADES**

DEPENDENCIA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	V°B°
<b>4</b>								Firma
								Sello
<b>5</b>								Firma
								Sello
<b>6</b>								Firma
								Sello
<b>7</b>								Firma
								Sello
<b>8</b>								Firma
								Sello

**PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)**

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:

Régimen Causa Institución o caja que lo abona

Desde qué fecha

Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular: Percibe  SI  NO } Tache lo que no  
 Suspendido  SI  NO } corresponde

FECHA DE BAJA: \_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que 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 sanciones previstas en la Ordenanza Consejo Superior N° 002/93, como también que estoy obligado a denunciar dentro **de los cinco días hábiles** las modificaciones que se produzcan en el futuro.

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL DECLARANTE