

## DECLARACIÓN JURADA Integrantes del Grupo Familiar Para Atención Médica del Grupo Familiar PERSONAL DOCENTE

**Decreto 1246/15 - Art. 48 - Inc. G** (Para la atención de miembros de su grupo familiar (de parientes consanguíneos hasta el segundo grado, afines y afines en primer grado, cónyuge, conviviente o ligado por unión civil) que se encuentren enfermos o accidentados y requieran la atención personal del docente, le corresponderá una licencia de hasta treinta (30) días corridos por año calendario, continuos o discontinuos, con goce de haberes.

**Nombre y Apellido:**

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento: __/__/----	Lugar:	Nacionalidad:
D.U.N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento: __/__/----	Lugar:	Nacionalidad:
D.U.N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento: __/__/----	Lugar:	Nacionalidad:
D.U.N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento: __/__/----	Lugar:	Nacionalidad:
D.U.N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Parentesco:	Nombre y Apellido:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento: __/__/----	Lugar:	Nacionalidad:
D.U.N°:	CUIL N°:	Incapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ME COMPROMETO A COMUNICAR A LA DIRECCION GENERAL DE PERSONAL DENTRO DE LOS DIEZ (10) DIAS HABILES DE PRODUCIDA CUALQUIER VARIANTE QUE AFECTE LA PRESENTE DECLARACION.

\_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Declarante