

DECLARACIÓN JURADA Integrantes del Grupo Familiar Para Atención Médica del Grupo Familiar PERSONAL NODOCENTE

RESOLUCION RECTORAL N° 172/01 Art. 9

Inc. J) ATENCION DEL GRUPO FAMILIAR: PARA ATENCION DE UN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE SE ENCUENTRE ENFERMO O ACCIDENTADO CON AFECCIONES O LESIONES DE CORTO TRATAMIENTO Y REQUIERA LA ATENCION PERSONAL DEL AGENTE, HASTA 30 DIAS CORRIDOS POR AÑO CALENDARIO, CONTINUOS O DISCONTINUOS, CON GOCE DE HABERES.

Inc.K) DECLARACION JURADA SOBRE EL GRUPO FAMILIAR: LOS AGENTES COMPRENDIDOS EN EL PRESENTE REGIMEN QUEDAN OBLIGADOS A PRESENTAR ANTE LA DIRECCION GENERAL DE PERSONAL, UNA DECLARACION JURADA EN LA QUE CONSIGNARAN LOS DATOS DE LAS PERSONAS QUE INTEGRAN SU GRUPO FAMILIAR.

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