

HORARIOS DE CARGOS Y ACTIVIDADES

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