

Becas de Estímulo a las Vocaciones Científicas

Convocatoria 2019

Declaración Jurada de los Cargos y Actividades que desempeña el Causante

1		D.N.I.:
2		En caso de no poseer estos documentos especifique su documentación
3		Fecha Nacimiento:
4		Nombres:
5		Escribir todos los nombres sin abreviaturas.
6		Localidad: Provincia:

DATOS DECLARADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES

Cargos Universitarios		Lugar donde desempeña funciones	
Universidad:		Calle:	Localidad:
Facultad - Dpto.		Número:	Provincia:
Cátedra - Asignatura		Función que desempeña..	
Cumple Horario:(Completo o Reducido)		Fecha de Ingreso al cargo:	
De horas:		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-	
Sueldo o Retribución:		Lugar:	
Imputación Presupuestaria:		Fecha:	

DATOS CARGO DOCENTE SI LO HUBIERA

Firma y sello del Director

EN OTRAS REPARTICIONES NAC., PROV. Y/O MUNICIP.

Ministerio Secretaria de Estado, otras universidades, etc.		Calle:	Localidad:
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO		Número:	Provincia:
Repartición:		Función que desempeña..	
ÁREA CIENCIA TECNOL. E INNOV. DESARROLLO		BECARIO/A	
Dependencia, Oficina, Facultad:		Fecha de Ingreso al cargo:	
FACULTAD DE TRABAJO		01/08/2020	
Cumple Horario:(Completo o Reducido)		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-	
De horas: 12 SEMANALES		Lugar: ROSARIO	
Sueldo o Retribución: \$ 4.600.-		Fecha: 01/08/20	
Imputación Presupuestaria:			

FACULTAD DE TRABAJO
FIRMA

DATOS DE LA BECA CIN

EN OTRAS REPARTICIONES NAC., PROV. Y/O MUNICIP.

Ministerio Secretaria de Estado, etc.		Calle:	Localidad:
Repartición:		Número:	Provincia:
Dependencia, Oficina, Facultad:		Función que desempeña:...	
Cumple Horario:(Completo o Reducido)		Fecha de Ingreso al cargo:	
De horas:		Certifico que los datos consignados precedentemente son exactos y correctos.-	
Sueldo o Retribución:		Lugar:	
Imputación Presupuestaria:		Fecha:	

EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

7	Empleador:	Lugar donde presta servicios:
	Sueldo o Retribución: \$	Función que desempeña:
	Horario que cumple:	Fecha de Ingreso:

PERCEPCION DE PASIVIDADES (Jubilaciones, Pensiones, Retiros, etc.)		
En caso de ser titular de alguna pasividad establecer:		
8	Régimen:	Causa:

	Donde que fecha	Institución o Caja que lo abona:
	Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular -

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS HORARIOS PARA LOS CARGOS Y ACTIVIDADES



Horario cargo docente si lo hubiera
DISTRIBUIR 12 HS SEMANALES BECA CIN

* CARGOS:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
4							
5 BECARIO/A CIN							
6							
7							
* corresponde a la foja anterior							

Lugar y fecha: ROSARIO, 1 DE AGOSTO DE 2020

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dara motivo a las más severas sanciones disciplinarias como así también que estoy obligado a denunciar dentro de de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.-

BECARIO/A

Firma del declarante

Lugar y fecha: ROSARIO, 1 DE AGOSTO DE 2020

Certifico la exactitud de las informaciones contenidas en los cuadros 1,2, y 3 y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.-

DIRECTOR/A DE BECA

Firma y sello del Director

Fecha:

(X) Atento que en la presente declaración no se denuncia ninguna acumulación, agréguese bajo constancia al legajo personal del causante.-

NO

Firma y sello del Jefe Superior

Fecha: ROSARIO, 1 DE AGOSTO DE 2020

(X) Consideración:

Que la situación de acumulación denunciada está autorizada en el Art. del Decreto N°

Que se cumplen los extremos indicados en el Art. Del mismo decreto;

Que asimismo surge que las tareas las desarrolla en horarios oficiales sin haberse acordado franquicias especiales u horarios diferenciados.

Por tanto:

AUTORIZASE: la acumulación de que se trata por separado dase cuenta a la Dirección General del Servicio Civil y previa notificación del declarante agreguese bajo constancia al legajo del mismo.-

Tache lo que no corresponda.

Firma y sello del Jefe Superior del Organismo

SE REEMPLAZA POR EMAIL INSTITUCIONAL DE LA SECYT DE FACULTAD DEL/A 2 BECARIO/A