

PROVINCIA DE ENTRE RIOS  
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS



REGIMEN SOBRE INCOMPATIBILIDADES

Imprenta Oficial Permiso 1727 23/05/2011

Nº DE LEGAJO: ..... DECLARACIÓN JURADA DE: ..... LC/LE/DNI: .....

ORGANISMO: ..... Instituto Superior de Formación Docente "Chajarí" .....

(Repartición o Establecimiento donde presta servicios)

MINISTERIO: ..... Consejo General de Educación .....



Chajarí, .....

(Lugar y Fecha)

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA PLANILLA**

1º) Esta declaración deben ser llenada por todo agente de la Administración Pública, quienes deben detallar todos los puestos que ocupen: a) En Reparticiones nacionales; b) En Reparticiones provinciales; c) En Reparticiones municipales; d) En Reparticiones autónomas; e) En dependencias del Poder Judicial o Legislativo de la Nación o de la Provincia; f) Jubilación, Pensión o Retiro; g) Cargos Privados.

2º) Si pertenece a más de una Repartición o establecimiento dependiente de la Provincia debe presentar su declaración ante aquel en que perciba mayor remuneración, obteniendo en tal oportunidad una constancia que acredite ese extremo para justificar ante las restantes Reparticiones o Ministerios su cumplimiento sobre el régimen de incompatibilidad.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE MI SITUACIÓN DE REVISTA Y LOS HORARIOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DISTINTOS EMPLEOS QUE DESEMPEÑO A LOS EFECTOS REQUERIDOS EN EL REGIMEN VIGENTE SOBRE INCOMPATIBILIDADES SON LOS SIGUIENTES:

Repartición, Establecimiento, Institución u Oficina	Localidad	Cargo	HORARIOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						Conformidad a empleo y horario de la Repartición, Establecimiento, Institución u Oficina.
			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
ISFD "Chajarí"	Chajarí								SELLO Y FIRMA
									SELLO Y FIRMA
									SELLO Y FIRMA
									SELLO Y FIRMA
									SELLO Y FIRMA

Especificar si es Retiro Militar o Jubilado Nacional, Provincial o Municipal SI  
NO

Importe Mensual \$: ..... Caja: ..... Clase de Jubilación: .....

Desde cuando (fecha): ..... N° de Carnet: .....

Otros emolumentos, carácter: ..... Importe Mensual \$: .....

(Nacional, Provincial, Municipal, etc.)

.....  
Firma del Declarante

.....  
Apellidos y nombres aclarados