

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA PLANILLA

1º) Esta declaración debe 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 la oportunidad una constancia que acredite ese extremo para justificar ante las restantes Reparticiones o Ministerios su cumplimiento sobre el régimen de incompatibilidades.

En la parte que corresponde al horario de prestación de Servicios, deberá consignarse la hora en que empieza y termina cada tarea.

3º) La citada constancia deberá redactarse en la forma siguiente:

CONSTE por la presente que

con fecha, ha denunciado ante esta Repartición acumular los cargos que se determina a continuación:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Se expide la presente a los días del mes de

..... del año dos mil

a los fines de ser presentado ante

4) Es obligación de cada agente denunciar de inmediato cualquier cambio que modifique la declaración jurada presentada con anterioridad.

DATOS COMPLEMENTARIOS (*)

Nombrado por Decreto o R. M. N. del

Fecha de Incorporación Carnet de Caja N

Día Mes Año

Observaciones:

(*) Estos datos serán consignados oportunamente por la Dirección de Personal.

PROVINCIA DE ENTRE RIOS



REGIMEN SOBRE INCOMPATIBILIDADES

Nº DE LEGAJO

DECLARACION JURADA DE

Clase D. M. Matrícula Nº L. Cívica Nº

Cédula de Identidad Nº Expedida por

PRESENTADA POR ANTE

(Repartición o Establecimiento a la que se entrega)

.....
Lugar y fecha

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 régimen vigente sobre incompatibilidades, son los siguientes.

Repartición, Establecimiento Institución u oficinas	Antigüedad				Cargo o destino	Sueldo Bas.	Horarios de Prestación de Servicios						Conformidad a empleo y horario de la Repartición Establecimiento, Institución u Oficina.
	A	M	D	a 1			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
													Sello y Firma
													Sello y Firma
													Sello y Firma
													Sello y Firma
													Sello y Firma

BENEFICIO DE JUBILACIÓN NACIONAL, PROVINCIAL O MUNICIPAL, PENSION o FRETIRO

LEY	IMPORTE		CARGO EN EL QUE OBTUVO EL BENEFICIO

.....
Firma del declarante

.....
(Apellido y nombre aclarado)

Recibida la presente declaración a losdías del mes dedel año

SELLO

(Firma del Jefe de la Repartición o Establecimiento en que se entregue)