



## REGIMEN SOBRE INCOMPATIBILIDADES

N° de Legajo

Declaración Jurada de

Clase D.M.

Matrícula N°

L. Cívica N°

Cédula de Identidad N°

Expedida por

Presentada por ante

(Repartición o Establecimiento a la que se entrega)

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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 \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
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:

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

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

*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 Básico	Horarios de Prestación de Servicios (Desde/Hasta)						Conformidad a empleo y horario de la Repartición Establecimiento, Institución u Oficina.	
	A	M	D	A1			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 RETIRO**

Ley	Importe	Cargo en el que obtuvo el beneficio

\_\_\_\_\_  
Firma del declarante  
*Recibida la presente declaración a los*

*días del mes de*

*del año*

\_\_\_\_\_  
Apellidó y Nombres *(Aclarado)*

Sello

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