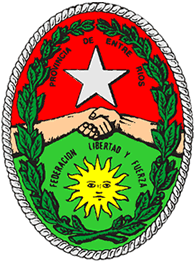
**PROVINCIA DE ENTRE RIOS**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL**

****

**RÉGIMEN SOBRE INCOMPATIBILIDADES**

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

ORGANISMO: ....................................................................................**I.S.F.D. “Dr. Luís Arienti”**.......................................................................................

(Repartición o Establecimiento donde presta servicios)

MINISTERIO: **de Educación de la Nación – C.G.E**…………….................................................................................................................................................................................

**Federal**,.....................................................................

(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** |
| I.S.F.D. “Dr. Luís Arienti” | Federal |  |  |  | | |  |  |  |  | SELLO Y FIRMA  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 cuándo (fecha): ........................................................................................ Nº de Carnet: .................................................................................**

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

**(Nacional, Provincial, Municipal, etc.)**

**......................................................................... ...........................................................................**

**Firma del Declarante Apellidos y nombres aclarados**