

Ministerio de Cultura y Educación

**PROVINCIA DE FORMOSA**

**DATOS DEL EMPLEADO**

La presente tiene carácter de declaración jurada a los efectos legales (art.293 CP) falsificación de documentos en general.

**APELLIDO Y NOMBRE:**

**D.N.I. N°:**

**DOMICILIO PARTICULAR:**

**DOMICILIO ALTERNATIVO:**

**CEL.. N°**

**ITINERARIO HABITUAL (CALLES)**

**DESDE MI DOMICILIO PARTICULAR:**

**DESDE MI DOMICILIO ALTERNATIVO:**

**DESDE MI DOMICILIO PARTICULAR:**

EN CASO DE INTERRUMPIR SU ITENIRARIO HABITUAL POR LAS SIGUIENTES RAZONES (LEY DE ACCIDENTES DE TRABAJO 24557):

* SI SE DIRIGE HACIA OTRO TRABAJO
* ALGUN CENTRO DE ESTUDIOS.
* A ATENDER ALGUN FAMILIAR DIRECTO QUE SE ENCUENTRE ENFERMO Y NO SEA CONVENIENTE.

DEBE COMUNICAR POR ESCRITO EN UN PLAZO DE 48 HORAS QUE MODIFICA SU ITINERARIO POR LAS RAZONES ANTES EXPUESTAS.

FORMOSA, …………………………………. DE 202….. ……………………...

Lugar y Fecha Firma del Declarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………..

Firma y Sello del jefe inmediato



Ministerio de Cultura y Educación

**PROVINCIA DE FORMOSA**

En caso de docente señalar:

INSTITUCIONES EN LA QUE EL AGENTE PRESTA SERVICIOS:

Nombre y Domicilio Institución N°1

…………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y Domicilio Institución N° 2

…………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y Domicilio Institución N°3

…………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y Domicilio Institución N°4

…………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y Domicilio Institución N°5

……………………………………………………………………………………………………………………

CUADRO ORGANIZATIVO DE LUGARES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y HORARIOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FRANJA HORARIA | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |



Ministerio de Cultura y Educación

**PROVINCIA DE FORMOSA**

DECLARACIÓN JURADA DEL GRUPO FAMILIAR

ESTABLECIMIENTO:

APELLIDO Y NOMBRE**:**

DNI N°:  DOMICILIO:

SITUACIÓN DE REVISTA:

ESTADO CIVIL**:**

Declaro bajo juramento que los integrantes de mi grupo familiar son los siguientes

1. **CONYUGUE**

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

1. **HIJOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRES** | **DOMICILIO** | **LOCALIDAD** | **DNI N°** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PADRES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRES** | **DOMICILIO** | **LOCALIDAD** | **DNI N°** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **HERMANOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO Y NOMBRES** | **DOMICILIO** | **LOCALIDAD** | **DNI N°** |

5 – PARIENTES CONSANGUINEOS Y AFINES DE 1° Y 2° GRADO QUE CONVIVEN CONMIGO DIRECTAMENTE A MI CUIDADO (abuelos, nietos, padres políticos, suegros, hijos políticos, sobrinos, abuelos políticos, hermanos políticos, cuñado)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO Y NOMBRES | PARENTESCO | DNI N° |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

LUGAR Y FECHA: FORMOSA, …………………………….. DE 2024

…………………………………. …………………………………

Firma del Declarante Firma y sello del jefe inmediato