

LEGAJO: ANUAL | RECTIFICATIVA AÑO A DECLARAR:

MOTIVO DE RECTIFICACIÓN RESOLUCIÓN / DISPOSICIÓN / DIAPA N°: _____

1 - Apellido/s: _____
La mujer indicará primero su apellido de soltera

Nombre/s: _____

2 - Documento de Identidad LE - LC - DNI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

3 - Domicilio: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Entre calles: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

4 - DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES , CARGOS Y OCUPACIONES

Repartición: INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS - PAMI

Gerencia / UGL: _____ Cantidad de horas que cumple por semana: _____

Funciones que desempeña: _____ Categoría: _____ Ingreso: ____/____/____

Domicilio: _____ Número: _____ C. P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Observaciones: _____

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI USTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO

--

5 - EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

Ministerio, Secretaría de Estado, etc: _____

Repartición: _____

Dependencia, Oficina, Facultad: _____ Cantidad de horas que cumple por semana: _____

Funciones que desempeña: _____ Ingreso: ____/____/____

Domicilio: _____ Número: _____ C. P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Observaciones: _____ Haber mensual neto (\$): _____

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI USTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO

--

FIRMA Y SELLO de la Autoridad de dicha Repartición:

6 - EN OTRA REPARTICIÓN NACIONAL, PROVINCIAL Y/O MUNICIPAL

Ministerio, Secretaría de Estado, etc: _____

Repartición: _____

Dependencia, Oficina, Facultad: _____ Cantidad de horas que cumple por semana: _____

Funciones que desempeña: _____ Ingreso: ____/____/____

Domicilio: _____ Número: _____ C. P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Observaciones: _____ Haber mensual neto (\$): _____

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI USTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO

FIRMA Y SELLO de la Autoridad de dicha Repartición:

7 - EN TAREAS O ACTIVIDADES NO OFICIALES

Empleador: _____ Horario que cumple: _____

Domicilio: _____ Número: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Funciones que desempeña: _____ Ingreso: ____/____/____

Observaciones: _____ Haber mensual neto (\$): _____

CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DEL HORARIO DE LA ACTIVIDAD DECLARADA						
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO

COMPLETAR ESTE CUADRO SOLAMENTE SI USTED CUMPLE HORARIO ROTATIVO INDICANDO RÉGIMEN Y HORARIO

FIRMA Y SELLO de la Autoridad de dicha Repartición:

8 - PERCEPCIÓN DE PASIVIDADES (Jubilación, Pensión, Retiro, etc.)

En caso de ser titular de alguna pasividad establecer régimen

Causa: _____ Haber mensual neto (\$): _____

Institución o caja que lo abona: _____ Desde que fecha: ____/____/____

Determinar si percibe el beneficio o si ha sido suspendido a pedido del titular: _____

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las 48 horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

____/____/____
FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE

Certifico la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente, el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

____/____/____
FECHA

FIRMA DEL DE LA JEFATURA