

DECLARACIÓN JURADA PARA CAMBIO DE FUNCIONES

DATOS DEL AGENTE

Apellido y Nombre:		
CUIL:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Estado Civil:	Mail:	
Domicilio:	Teléfono:	

DATOS DEL INICIO DEL CAMBIO DE FUNCIONES

¿En qué cargo u hora cátedra revistaba al momento del otorgamiento del cambio de funciones?

Escuela/s o Repartición:

Cambio de Funciones emitido por:	<input type="checkbox"/> Salud Laboral	<input type="checkbox"/> ART
----------------------------------	--	------------------------------

Año en el que se otorgó el cambio de tareas:	Número de Resolución:
--	-----------------------

ESPECIALIDAD de la afección que padece:

<input type="checkbox"/> O.R.L	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Ginecología
<input type="checkbox"/> Salud Mental	<input type="checkbox"/> Traumatología	<input type="checkbox"/> Otras

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo u horas cátedras **TITULAR/ES** en el que se desempeña actualmente:
Escuela/Repartición:

Cargo u horas cátedra **SUPLENTE/S** en el que se desempeña actualmente:
Escuela/Repartición:

Tareas que desarrolla:

Observaciones:

Mendoza, / / 201.....

Firma del agente