

	Administración Nacional de Educación Pública	DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FUNCIONAL
--	---	---

- Las informaciones suministradas tienen carácter de Declaración Jurada, y están sujetas a las penalidades de la ley (Art. 347 del Código Penal: "El que con estratagemas o engaños artificiosos, infligiera en error a alguna persona para procurarse a sí mismo o a un tercero, un provecho injusto, en daño de otro, será castigado, con seis meses de prisión a cuatro años de penitenciaría") pudiendo en cualquier momento exigir la prueba correspondiente.
- Si se produjeran modificaciones en la situación existente al realizar la declaración jurada, las mismas deberán declararse dentro de los treinta días siguientes al hecho generador.

I. DATOS PERSONALES

Cédula de Identidad

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Credencial Cívica Serie Número Sexo F M**DOMICILIO**Calle Nro. Apto. Dpto./Localidad Teléfonos Estado Civil Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Unión Libre Fecha de Nacim. Nacionalidad Ciudadano Legal **FECHAS**Ingreso ADM. PUB Ingreso ANEP Ingreso Consejo **II. CARGOS**

Tiene Acumulación

 SI NO

Beneficios que cobra fuera del Consejo

Hogar C A. Familiar C. Mutual **Cargos que Desempeña en el Consejo**

(Marcar con X cuando corresponda)

Repartición	Cargo	Doc.		Tipo Cargo	Escala-fón	Gdo.	Caracter	Asignatura	Hrs.
		D	ND						
		D	ND						
		D	ND						
		D	ND						

TIPO DE CARGO = No Docentes (Presupuestado, Contratado, Becario, Pasante, Otros)

REMUNERACIÓN – Importes Nominales

Docentes (DD-Docencia Directa, DI-Docencia Indirecta)

CARÁCTER -Efectivo/Interino/Suplente (Docentes)

Cargos Públicos en ANEP fuera del Consejo (Marcar con X cuando corresponda)

Consejo	Repartición	Fecha Ingreso	Doc/No Doc		Tipo Cargo	Horas	Remuneración
			D	ND			
			D	ND			
			D	ND			

Cargos Públicos Fuera de ANEP

(Marcar con X cuando corresponda)

Organismo	Repartición	Fecha Ingreso	Tipo Cargo	Horas	Remuneración

Percibe Jubilaciones o Pensiones:

Docente

No Docente

Lugar:

III. Nivel de Instrucción

(Completar con máximo nivel alcanzado)

	Orientación	Incompleta		En Curso		Ult. Año Aprobado	Completa Fecha Egreso
		SI	NO	SI	NO		
Primaria							
Secundaria 1º Ciclo							
Secundaria 2º Ciclo							
UTU Ciclo Básico							
UTU Form. Profesional							
UTU Curso Técnico *							
UTU Bach. Tecnológicos							
Magisterio							
I.N.E.T.							
I.S.E.F.							
I.P.A.							
CERP							
I.M.S.							
I.F.D. -Profesorado							
Otros Tercer Nivel *							
Universidad Tercer Nivel *							
Posgrado-Doctorado *							

* En estos casos indicar carreras

--



Administración Nacional de Educación
Pública

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FUNCIONAL

(* Este sector del formulario se reserva solamente para la solicitud de beneficios sociales y compensaciones.

IV. Compensación por Titulación

Fecha de Titulación / /

Instituto de Egreso Orientación

V. Compensación por Cursos de Perfeccionamiento

A partir de / /

VI. Cuota Mutual

Solicita
Cambia
Cancela

Mutualista
(Debe estar en la lista autorizada)

A partir de / /

VII.

Ley 12.801 del 30/11/1960, Ley 13.737 de 9/1/1969 Art. 24 (INC: 6 y 7)

	Fecha
Matrimonio	<input type="checkbox"/>
Nacimiento	<input type="checkbox"/>

(Marcar con X cuando corresponda)

DECLARO QUE RENUNCIO AL COBRO DE LOS

Firma del Cónyuge:

BENEFICIOS PRECEDENTEMENTE INDICADOS

Nombre:

VIII. ASIGNACIÓN FAMILIAR

Ley 16.697 Art. 26 a 28

Solicita
Cancela

A partir de / /

Beneficiarios (Menores a cargo del funcionario)

Nombre Completo	Parentesco con Funcionario/a	Fecha de Nacimiento	Discapacitado	
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO

(Deberá completar la información del núcleo familiar)

INGRESO MENSUAL NOMINAL DEL GRUPO FAMILIAR

IX. HOGAR CONSTITUIDO

Ley 15.748

Solicita
Cancela

A partir de / /

Otros Integrantes del Núcleo Familiar (Para Secciones VIII y IX)

Nombre Completo	Parentesco	Cédula	Edad	Organismo / Dependencia	Público Privado	Remuneración	Hogar Constituido	
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO
							SI	NO

REMUNERACIÓN = Importes Nominales HOGAR CONSTITUIDO Marque con X sobre SI por el otro integrante que ya cobra.

Fecha : / /

Firma del Funcionario/a:

Observaciones:

--

1. Complete el formulario con letra imprenta
2. Este formulario se deberá presentar en la repartición de mayor carga horaria
3. Cada vez que se produzcan cambios en la situación del funcionario que provoquen modificaciones en la información declarada, deberá presentar una nueva **DECLARACIÓN DE SITUACION FUNCIONAL**.