

	<b>Administración Nacional de Educación Pública</b>	<b>DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FUNCIONAL</b>
--	---	---

- 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.		No 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

(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**.