



DECLARACION JURADA . GRUPO FAMILIAR [CONVIVIENTE]

TITULAR / DECLARANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____ AFIILIADO Nº: _____

D.N.I. Nº: _____ CUIL Nº: _____ FECHA DE INGRESO: _____

REPARTICION DE DEPENDENCIA PRESUPUESTARIA: _____

REPARTICION CON PRESTACION DE SERVICIOS: _____

DOMICILIO LABORAL: _____ TELEFONO DE CONTACTO: _____

GRUPO FAMILIAR . DATOS ACTUALIZADOS A LA FECHA: /..... /.....

APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO INDICAR GRADO	NACIMIENTO DIA MES AÑO	DOCUMENTO TIPO y Nº	CONVIVE SI o NO	FAMILIAR C/Discapacidad

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON EXACTOS Y QUE CONOZCO MI RESPONSABILIDAD EN CASO DE FALSO TESTIMONIO (CÓDIGO PENAL, ART. 172, 292 Y 293 DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y DECRETO Nº 584/75, ART. 19 SANCIONES DISCIPLINARIAS ADMINISTRATIVAS).

San Miguel de Tucumán,.....de 20....

Firma del Agente / Titular

HCD.MSMT . ORDENANZA N° 936 . 15/Setiembre/1987

Artículo 3º. Por atención de familiar enfermo; Cónyuge, Padre, Madre, Hermanos solteros o Hijos enfermos, se CONCEDERA hasta DIEZ (10) DÍAS HÁBILES de LICENCIA CONTINUAS O DISCONTINUAS por AÑO CALENDARIO AUNQUE EL FAMILIAR SE ENCUENTRE HOSPITALIZADO. A tales efectos deberá presentar Declaración Jurada de como se compone su núcleo familiar y, certificado de inspección médica sobre la gravedad del enfermo y la necesidad de su atención personal.

DECRETO N° 505/14 . LEY N° 6730 . 26/Marzo/1996 . RÉGIMEN DE LICENCIAS: PERSONAL DOCENTE DE LA PROVINCIA

Artículo 24º. Por atención de familiar A CARGO, enfermo: Se CONCEDERÁ hasta DIEZ (10) DÍAS HÁBILES, por año calendario PRORROGABLES HASTA TREINTA (30) DÍAS HÁBILES MÁS SIN GOCE DE HABERES. A tales efectos el Docente deberá certificar ante Inspección Médica la gravedad del enfermo y la necesidad de su atención personal. En el Certificado de enfermedad deberá consignarse la identidad del paciente a fin de determinar el grado de parentesco que lo une al Docente que solicita la licencia.
