

# RÉGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES

APELLIDO Y NOMBRE: ..... D.N.I. (Nº y Tipo).....

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: .....Pcia.: ..... Nacionalidad: .....

DOMICILIO: Calle: .....Barrio: .....Localidad : .....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE: ..... APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE: .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO** QUE MI SITUACIÓN DE REVISTA Y LOS HORARIOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DISTINTOS EMPLEOS QUE DESEMPEÑO, A LOS EFECTOS REQUERIDOS EN EL RÉGIMEN VIGENTE SOBRE INCOMPATIBILIDAD, SON LOS SIGUIENTES:

REPARTICIÓN, ESTABLECIMIENTO, INSTITUTO U OFICINA	NIVEL (1)	CARGO QUE DESEMPEÑA (2)	Nº de Horas (3)	CARÁCTER DEL CARGO (4)	HORARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (5)						FIRMA Y SELLO AUTORIDAD (6)
					LUNES	MARTES	MIÉRC.	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	

(1) Indicar el Nivel del cargo u hora cátedra que desempeña: Inicial, Primario, Medio o Superior

(2) Consignar el cargo que desempeña: Profesor, Director, Vicedirector, Supervisor, Preceptor, Secretario, Ayudante Técnico, Maestro de Grado, etc.

(3) Indicar la cantidad de horas semanales que cumple

(4) Consignar el carácter del cargo que desempeña: Titular, Interino, Suplente o Precario

(5) Indicar la hora en que empieza y termina cada hora de clase o cargo

(6) Firmar y sellar por la autoridad jerárquica inmediata que corresponda a cada cargo

**Nota:** En los casos de pase en comisión o cambio de ámbito laboral deberá adjuntar copia de la Resolución o Instrumento legal

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma del Declarante