



Municipalidad de Olavarría

# Formulario 01 DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO

Dirección de Personal y Recursos Humanos

N° de Legajo

Fecha de Ingreso

/ /

## 1 DATOS PERSONALES

Apellido/s y Nombre/s

DNI

CUIL

/ /

Género  Masculino  Femenino  Otro

Fecha de Nacimiento

/ /

Lugar de Nacimiento

Estado Civil  Soltero/a  Casado/a  Casado/a con Trabajador/a Municipal  
 Viudo/a  Divorciado/a  Unión de Hecho con Trabajador/a Municipal  
 Unión de Hecho (con certificado)

Domicilio  
Constituido

Calle

N° Calle

Piso

Depto.

Localidad

Código Postal

Provincia

En este acto cumpla con mi obligación de Declarar Domicilio, el que subsistirá a todos los efectos legales, mientras no cumpla con la actualización que por ley corresponde.-

Teléfono

Fijo

Celular

Otro teléfono de referencia

Referencia

e-mail

Nacionalidad  Argentino  Argentino Naturalizado  Extranjero

Grupo Sanguíneo  A  B  AB  0

Factor RH  Positivo  Negativo

¿Presenta alguna discapacidad?  SI  NO

¿Percibe seguro de desempleo?  SI  NO

Apellido/s y Nombre/s del Padre

¿Vive?  SI  NO

Apellido/s y Nombre/s de la Madre

¿Vive?  SI  NO

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta MAYÚSCULA.



Municipalidad de Olavarría

# Formulario 01 DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO

Dirección de Personal y Recursos Humanos

N° de Legajo

## 2 ESTUDIOS

<b>Nivel de estudios</b>	<input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> Secundario	<input type="checkbox"/> Terciario	<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Posgrado
<b>Estado</b>	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> En curso	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> En curso	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> En curso	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> En curso	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> En curso

## TÍTULOS OBTENIDOS

Título	Fecha de recibido	Institución que certifica	N° Matrícula	Fecha de vencimiento de Matrícula	
1	/ /			/ /	
2	/ /			/ /	
3	/ /			/ /	
<b>Oficios</b>	<input type="checkbox"/> Carpintería <input type="checkbox"/> Mecánica <input type="checkbox"/> Herrería	<input type="checkbox"/> Soldadura <input type="checkbox"/> Jardinería <input type="checkbox"/> Tapicería	<input type="checkbox"/> Plomería <input type="checkbox"/> Pinturería <input type="checkbox"/> Tornería	<input type="checkbox"/> Otros .....	
<b>Idiomas</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Otro .....

## INFORMÁTICA

<b>Sistemas operativos</b>	<input type="checkbox"/> Windows <input type="checkbox"/> Linux	<b>Navegadores de Internet</b>	<input type="checkbox"/> Chrome <input type="checkbox"/> Explorer <input type="checkbox"/> Firefox	<b>Sistemas Utilitarios</b>	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> Power Point <input type="checkbox"/> Access <input type="checkbox"/> Otros: .....
<b>Sistemas o Lenguajes de Programación</b>	<input type="checkbox"/>				

## CURSOS REALIZADOS

Curso	Año	Institución	Duración
1			
2			
3			

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta MAYÚSCULA.



Municipalidad de Olavarría

**Formulario 01**  
**DECLARACIÓN JURADA DE**  
**INGRESO**

Dirección de Personal y Recursos Humanos

N° de Legajo

**3 EXPERIENCIA LABORAL**

**TRABAJOS EN EL AMBITO PRIVADO**

	Empresa	Puesto / Cargo	Desde	Hasta	Motivos del Cese
1			/ /	/ /	
2			/ /	/ /	
3			/ /	/ /	
4			/ /	/ /	
5			/ /	/ /	

**TRABAJOS EN EL ÁMBITO PÚBLICO**

¿Se encuentra actualmente trabajando en el ámbito público?  SI  NO

	Organismo	Nivel	Puesto / Cargo	Desde	Hasta	Motivos del Cese
1		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal		/ /	/ /	
2		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal		/ /	/ /	
3		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal		/ /	/ /	
4		<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal		/ /	/ /	

**Aclaración:** En caso de ser concejal electo deberá hacer expresa su aceptación establecida por el artículo 92 de la Ley Orgánica de las Municipalidades (Decreto-Ley 6759/58) respecto el cobro de la dieta.

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta MAYÚSCULA.



Municipalidad de Olavarría

# Formulario 01 DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO

Dirección de Personal y Recursos Humanos

N° de Legajo

## 4 DATOS PREVISIONALES

POR LA PRESENTE DECLARO BAJO JURAMENTO:

**A** Haber desempeñado servicios en relación de dependencia anteriores  SI  NO

**B** Haber desempeñado servicios por cuenta propia anteriores  SI  NO

Percibir en la actualidad alguno de los siguientes beneficios previsionales

**C**  Jubilación  Pensión  Retiro  Prestación no contributiva

Caja

Fecha real de ingreso  
(Municipalidad) / /

Años de Servicios  
(sector privado) / /

Posee Antigüedad Computable de ..... años ..... meses y ..... días a la fecha.

*En caso de haber servicios correspondientes a Nación, me comprometo a presentar el cómputo de los mismos debidamente reconocidos por el ANSES, en el término de un año a partir de la fecha debajo consignada*

*Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad. Asimismo, me obligo a adjuntar en un término de quince días a contar de la fecha, la documentación que acredita lo declarado en el inciso I – II de la presente, y tomando conocimiento que en caso de no hacerlo, a partir del vencimiento del término antes establecido, el concepto de Antigüedad será liquidado conforme a las constancias fehacientes obrantes en mi legajo, renunciando a todo derecho a reclamo por los montos no percibidos originados en el incumplimiento de la obligación que en este acto asumo.*

## 5 DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

CÓNYUGE ■ CONCUBINO/A ■

Apellido/s y Nombre/s

Tipo de Doc.  DNI  LC  LE  CI

N° de Doc.

Fecha de Nacimiento / /

Género  Masculino  Femenino  Otro

Teléfono de referencia

Calle

N° Calle

Piso

Depto.

Domicilio  
Constituido

Localidad

Código Postal

Provincia

*En este acto cumpla con mi obligación de Declarar Domicilio, el que subsistirá a todos los efectos legales, mientras no cumpla con la actualización que por ley corresponde.-*

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta MAYÚSCULA.



Municipalidad de Olavarría

# Formulario 01 DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO

Dirección de Personal y Recursos Humanos

N° de Legajo

## 5 DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

HIJA/O					
Apellido/s y Nombre/s					
Tipo de Doc.			N° de Doc.		
Fecha de Nacimiento			Género		
Nivel de estudios		Primario		Secundario	
Año en curso					
Institución					
Subrogación de vientre		Adopción plena		Adopción simple	
¿Desea percibir asignación o salario por su hijo/a?					
¿Presenta alguna discapacidad?					
Tipo de documentación que acredita por discapacidad					

HIJA/O					
Apellido/s y Nombre/s					
Tipo de Doc.			N° de Doc.		
Fecha de Nacimiento			Género		
Nivel de estudios		Primario		Secundario	
Año en curso					
Institución					
Subrogación de vientre		Adopción plena		Adopción simple	
¿Desea percibir asignación o salario por su hijo/a?					
¿Presenta alguna discapacidad?					
Tipo de documentación que acredita por discapacidad					

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta MAYÚSCULA.



Municipalidad de Olavarría

**Formulario 01**  
**DECLARACIÓN JURADA DE**  
**INGRESO**

Dirección de Personal y Recursos Humanos

N° de Legajo

**6 PERSONAS A CARGO**

**PERSONA**

Apellido/s y Nombre/s	
Tipo de Doc. <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI	N° de Doc.
Fecha de Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Grado de Parentesco	
Tipo de documentación que acredita	
Certificado de domicilio (expedido por la Policía / Registro de las Personas) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Esta persona está a su cargo por la Obra Social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**PERSONA**

Apellido/s y Nombre/s	
Tipo de Doc. <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI	N° de Doc.
Fecha de Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Grado de Parentesco	
Tipo de documentación que acredita	
Certificado de domicilio (expedido por la Policía / Registro de las Personas) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Esta persona está a su cargo por la Obra Social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**PERSONA**

Apellido/s y Nombre/s	
Tipo de Doc. <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> CI	N° de Doc.
Fecha de Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Grado de Parentesco	
Tipo de documentación que acredita	
Certificado de domicilio (expedido por la Policía / Registro de las Personas) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Esta persona está a su cargo por la Obra Social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Quién suscribe declara bajo juramento que los datos personales consignados en la presente planilla son fiel expresión de la verdad.

Olavarría, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

La presente Declaración Jurada deberá completarse a máquina o en letra imprenta MAYÚSCULA.