



# Municipalidad de Coronel Suárez

Departamento de Personal

## DECLARACION JURADA

**Declaro bajo juramento de Ley que quien suscribe:**

**SI / NO** desempeña tareas en la Administración Pública Nacional, Provincial y o / Municipal con carácter permanente o transitorio; en caso afirmativo ADJUNTAR CERTIFICACION EXTENDIDA POR LA DEPENDENCIA, EN LA CUAL CONSTE DIAS Y HORARIOS DE TRABAJO.

**SI / NO** es beneficiario del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires y / o de cualquier otra Caja del Sistema Nacional, Provincial y Municipal de Jubilaciones y Pensiones:

**SI / NO** cuento al día de la fecha con Certificado Único de Discapacidad a mi nombre y en forma vigente. De tener debe presentar una copia inmediatamente.

**Nota:** Me obligo a notificar por medio fehaciente a la Dirección de Personal de la Municipalidad de Cnel. Suárez, de cualquier cambio en la situación precedentemente expresada, dentro de los 10 días hábiles de producido. –

Coronel Suárez, .....de.....del 20.....

\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_ Aclaración

\_\_\_\_\_ DNI