



DECLARACIÓN JURADA PARA CAMBIO DE FUNCIONES

DATOS DEL AGENTE

Apellido y Nombre:

CUIL:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Estado Civil:

Mail:

Domicilio:

Teléfono:

DATOS DEL INICIO DEL CAMBIO DE FUNCIONES

¿En qué cargo u hora cátedra revistaba al momento del otorgamiento del cambio de funciones?

Escuela/s o Repartición:

Cambio de Funciones emitido por:

Salud Laboral

ART

Año en el que se otorgó el cambio de tareas:

Número de Resolución:

ESPECIALIDAD de la afección que padece: O.R.L Clínica Ginecología Salud Mental Traumatología Otras**SITUACIÓN LABORAL ACTUAL**Cargo u horas cátedras **TITULAR/ES** en el que se desempeña actualmente:
Escuela/Repartición:Cargo u horas cátedra **SUPLENTE/S** en el que se desempeña actualmente:
Escuela/Repartición:Tareas que desarrolla:Observaciones: