



Ministerio de Salud

Dirección Nacional de Capital Humano
y Salud Ocupacional

DECLARACION JURADA

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 4º del Decreto N° 894 del 11 de julio de 2001 publicado en B.O. N° 29688, declaro no estar incurso en la incompatibilidad establecida por las disposiciones del Artículo 1º de la referida norma en el cual se determina que “El desempeño de una función o cargo remunerado o prestación contractual con o sin relación de dependencia, bajo cualquier modalidad en la Administración Pública Nacional, es incompatible con la percepción de un beneficio provisional o haber de retiro proveniente de cualquier régimen de previsión nacional, provincial o municipal. La referida incompatibilidad se aplicará con independencia de las excepciones específicas que se hayan dispuesto o se dispusieren respecto del presente decreto, sus modificatorios y complementarios”.

Asimismo declaro conocer que el falseamiento de la presente declaración jurada o su falta de presentación constituirá incumplimiento grave y será causal de cesantía, despido con causa o de rescisión contractual según el régimen que corresponda.

(completar a maquina o con letra imprenta legible)

Apellido y nombre del agente:

Tipo y N° de documento de identidad: Legajo N°:

Situación de revista

(Marcar con x según corresponda)

Personal Permanente

Personal No Permanente

Para el Personal No Permanente:

Planta de Gabinete

Planta Transitoria

Personal Contratado

Para el Personal Contratado:

Planta de Residentes

Planta de Médicos de Cabecera

Decreto N° 92/95

Dependencia donde presta servicios el agente:

.....

Lugar y fecha:

FIRMA Y ACLARACION



Ministerio de Salud

Dirección Nacional de Capital Humano
y Salud Ocupacional

Declaraciones Juradas:

1. “ , de De 20..... El que suscribe
.....
**con D.N.I. N°:, declaro bajo juramento, de acuerdo a los
establecido por el Decreto N° 85 del 11 de enero de 2002, que no me encuentro
comprendido en ninguna incompatibilidad y conflicto de interés según lo dispuesto por
los arts. 13,14,15 y 16 de la Ley 25188.**

FIRMA Y ACLARACION

2. “Declaración jurada conforme Circular S L y T 1/95”. “..... ,
..... de de 20..... El que suscribe
.....
**con D.N.I. N°:, declaro bajo juramento, que no me encuentro
comprendido en ninguna incompatibilidad y/o inhabilidad para el ejercicio del cargo de
Residente de Salud. Asimismo me notifico expresamente de lo dispuesto por el Decreto N°
206/00.**

FIRMA Y ACLARACION