



G.C.B.A.

DECLARACIÓN JURADA  
ATENCIÓN FAMILIARES ENFERMOS

Nº

FECHA

DÍA

MES

AÑO

**DATOS DEL AGENTE**

APELLIDO Y NOMBRES

FICHA Nº

C.I.-L.E.-D.N.I.-L.C.

**DATOS DE FAMILIARES**

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA  
NACIMIENTO

DOMICILIO

VINCULO

CI-LE-LC-DNI

Declaro bajo juramento que los datos consignados son verídicos y exactos y que he confeccionado la misma en conocimiento de las normas que rigen al respecto, quedando obligado a comunicar toda variante con los aquí denunciados dentro de los (30) treinta días de producido.

FIRMA

C-0073



**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**  
**SECRETARIA DE EDUCACION**

**DECLARACION JURADA**

**Detalle de licencia sin sueldo**

Cargo Desempeñado	Carácter T / I / S	Horas	Establecimiento	Motivo	Desde			Hasta		
					D	M	A	D	M	A

El presente formulario reviste carácter de declaración jurada, debiendo cumplimentarse sin omitir ni falsear ningún dato.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración:

D.N.I.:

TER  
OR, I