

**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: