***FICHA DE DATOS PERSONALES***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | Apellidos: Clic aquí | | | | | | | | | | | | |
| Nombres: Clic aquí | | | | | | | | | | | | |
| Documento Nº: Clic aquí | | | | | | | | | CUIL: Clic aquí | | | |
| Fecha de nacimiento: Clic aquí | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de nacimiento: Clic aquí | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidad: Clic aquí | | | | | | | | | | | | |
| Naturalizada/o: Clic aquí | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellido del padre: Clic aquí | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellido de la madre: Clic aquí | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle: Clic aquí | | | | | | | Nº: . | | | | Piso: . | | Dpto: . | | Casa: . | | |
| Barrio: Clic aquí | | | | | | | CP: . | | | | Localidad: Clic aquí | | | | | | |
| Provincia: Clic aquí | | | | | | | | | Teléfono: Clic aquí | | | | | | | | |
| Correo electrónico: Clic aquí | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado civil:Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estudios Realizados** | | **Completos** | | **Fecha Finalización** | | | | **Título/ Carrera** | | | | | | | | **Organización que lo expide** | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
| Seleccione | | Seleccione | | Complete | | | | Complete | | | | | | | | Complete | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Idiomas** | **Inglés** | | **Portugués** | | | **Francés** | | | | **Alemán** | | **Italiano** | | | | | **Otro: complete** |
| **Habla** | Seleccione | | Seleccione | | | Seleccione | | | | Seleccione | | Seleccione | | | | | Seleccione |
| **Lee/ Traduce** | Seleccione | | Seleccione | | | Seleccione | | | | Seleccione | | Seleccione | | | | | Seleccione |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar y fecha: Clic aquí  Firma:  Aclaración: nombre y apellido | | | | | | | | | | | | | | | | | |

***DECLARACIÓN JURADA GRUPO FAMILIAR***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos y nombres: Clic aquí | | | | Legajo Nº:  Clic aquí | |
|  | | | | | |
| **DECLARO BAJO JURAMENTO que los familiares directos a mi cargo, para su atención por enfermedad, son los siguientes:** | | | | | |
| Apellidos y Nombres | Tipo y Nº de Documento | Nº de CUIL | Fecha de Nacimiento | | Parentesco |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
| Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | Clic aquí | | Clic aquí |
|  | | | | | |
| Observaciones: Clic aquí | | | | | |
|  | | | | | |
| Lugar y fecha: Clic aquí  Firma:  Aclaración: nombre y apellido | | | | | |

***CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Por la presente manifiesto que a todos los efectos de la relación laboral que me liga con la Universidad Nacional de Villa María constituyo domicilio en: | | | | | |
| Calle: Clic aquí | Nº: Clic aquí | | Piso: Clic aquí | Dpto: Clic aquí | Casa: Clic aquí |
| Barrio: Clic aquí | CP: Clic aquí | | Localidad: Clic aquí | | |
| Provincia: Clic aquí | | Teléfono: Clic aquí | | | |
| Correo electrónico: Clic aquí | | | | | |
|  | | | | | |
| En dicho lugar deberán ser consideradas válidas todo tipo de notificación, judicial o extrajudicial, que se originen como consecuencia de la relación a que aludo en el primer párrafo de la presente, hasta tanto no constituya formalmente otro domicilio ante esta Dirección General. | | | | | |
|  | | | | | |
| Lugar y fecha: Clic aquí  Firma:  Aclaración: nombre y apellido | | | | | |

***DECLARACIÓN JURADA SOBRE INCOMPATIBILIDADES PARA EL DESEMPEÑO DE UNA FUNCIÓN O CARGO REMUNERADO O PRESTACIÓN CONTRACTUAL, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA***

**– Decreto Nº 894/2001 –**

|  |
| --- |
| Declaro bajo juramento SI – NO (Seleccionar lo que corresponda) estar incurso en la incompatibilidad establecida por el artículo primero del Decreto Nº 894 del 11 de julio de 2001:  ***“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 previsional o haber de retiro proveniente de cualquier régimen de previsión nacional, provincial o municipal***”. |
| Lugar y fecha: Clic aquí  Firma:  Aclaración: nombre y apellido |

Si estuviere incurso en la incompatibilidad establecida por el artículo primero del Decreto Nº 894/2001, deberá formular la opción prevista por el artículo segundo del citado Decreto **(Firmar la opción correspondiente)**

**Declaro OPTAR por:**

1. La percepción del haber previsional o de retiro y continuar en el desempeño de la función, cargo o relación contractual, sin percibir la contraprestación correspondiente.

|  |
| --- |
| Firma:  Aclaración: nombre y apellido |

1. Solicitar la suspensión del haber previsional o de retiro durante el desempeño del cargo, función o contrato, comprometiéndome a presentar la documentación correspondiente, que avala tal situación.

Firma:

Aclaración: nombre y apellido

***DECLARACIÓN JURADA SOBRE INCOMPATIBILIDADES***

Quien suscribe nombre y apellido, con Documento Nacional de Identidad Nº DNI Nº, declaro bajo juramento no encontrarme comprendido en las normas sobre incompatibilidades, inhabilidades y conflicto de intereses para el ejercicio del cargo, a saber:

1. **Incompatibilidades y Conflicto de Intereses arts. 13 a 16 – Ley 25.188 de “Ética Pública” Decreto Nº 85/02 –**

**Artículo 1º:** Las designaciones que se sometan a la firma del Primer Magistrado deberán ser acompañadas de un certificado de antecedentes, actualizado, con relación al interesado, expedido por la Dirección Nacional de Reincidencia del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y de la pertinente declaración jurada del funcionario a designar, suscripta por el interesado con ajuste a las disposiciones que, en materia de incompatibilidades y conflicto de intereses, contienen los artículos 13 a 16 de la Ley N° 25.188 y sus modificaciones.

1. **Ley Nº 25.188, modificada por el Decreto Nº 862/2001**

**Artículo Nº 13:** Es incompatible con el ejercicio de la función pública:

a) Dirigir, administrar, representar, patrocinar, asesorar, o, de cualquier otra forma, prestar servicios a quien gestione o tenga una concesión o sea proveedor del Estado, o realice actividades reguladas por éste, siempre que el cargo público desempeñado tenga competencia funcional directa, respecto de la contratación, obtención, gestión o control de tales concesiones, beneficios o actividades;

b) Ser proveedor por sí o por terceros de todo organismo del Estado en donde desempeñe sus funciones.

**Artículo Nº 14:** Aquellos funcionarios que hayan tenido intervención decisoria en la planificación, desarrollo y concreción de privatizaciones o concesiones de empresas o servicios públicos, tendrán vedada su actuación en los entes o comisiones reguladoras de esas empresas o servicios, durante TRES (3) años inmediatamente posteriores a la última adjudicación en la que hayan participado.

**Artículo Nº 15:** En el caso de que al momento de su designación el funcionario se encuentre alcanzado por alguna de las incompatibilidades previstas en el Artículo 13, deberá:

a) Renunciar a tales actividades como condición previa para asumir el cargo.

b) Abstenerse de tomar intervención, durante su gestión, en cuestiones particularmente relacionadas con las personas o asuntos a los cuales estuvo vinculado en los últimos TRES (3) años o tenga participación societaria.

**Artículo Nº 16:** Estas incompatibilidades se aplicarán sin perjuicio de las que estén determinadas en el régimen específico de cada función.

1. **Ley de Empleo Público Nº 25.164 y su Decreto reglamentario Nº 1421/02**.

**Artículo Nº 5:** Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior no podrá ingresar:

1. El que haya sido condenado por delito doloso, hasta el cumplimiento de la pena privativa de la libertad, o el término previsto para la prescripción de la pena;
2. El condenado por delito en perjuicio de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal;
3. El que tenga proceso penal pendiente que pueda dar lugar a condena por alguno de los delitos enunciados en los incisos a) y b) del presente artículo;
4. El inhabilitado para el ejercicio de cargos públicos;
5. El sancionado con exoneración o cesantía en la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, mientras no sea rehabilitado conforme lo previsto en el artículo 32 y 33 de la presente ley;
6. El que tenga la edad prevista en la ley previsional para acceder al beneficio de la jubilación o el que gozare de un beneficio previsional, salvo aquellas personas de reconocida aptitud, las que no podrán ser incorporadas al régimen de estabilidad;
7. El que se encuentre en infracción a las leyes electorales o de servicio militar; en el supuesto del artículo 19 de la ley 24.429;
8. El deudor moroso del Fisco Nacional mientras se encuentre en esa situación;
9. Los que hayan incurrido en actos de fuerza contra el orden institucional y el sistema democrático, conforme lo previsto en el artículo 36 de la Constitución Nacional y el Título X del Código Penal, aún cuando se hubieren beneficiado por el indulto o la condonación de la pena.
10. **Régimen de Incompatibilidad Decreto1470/1998 y Resolución Rectoral Nº373/2000 Artículo Nº 1:** En la Universidad Nacional de Villa María ningún funcionario o docente, cualquiera sea la condición de revista, podrá acumular funciones, cargos y/o empleos, públicos o privados, que impliquen en conjunto una prestación superior a las cincuenta (50) horas semanales.

|  |
| --- |
| Firma:  Aclaración: nombre y apellido  DNI/ CUIL: Clic aquí |

***COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD***

Por medio de la presente **declaro conocer y respetar las normas legales de Confidencialidad y Protección de datos vigentes**.

Convenio Colectivo de Trabajo para los trabajadores **NODOCENTES** de las UUNN **(Dcto. 366/2006):**

***“Artículo Nº 12****: Sin perjuicio de los deberes que en función de las particularidades de la actividad desempeñada pudieran agregarse en los respectivos convenios particulares, todos los agentes tienen los siguientes* ***deberes****:*

*a)b) c) d) e)…*

*f) Observar el* ***deber de fidelidad*** *que se derive de la índole* ***de las tareas que le fueran asignadas y guardar la discreción correspondiente, con respecto a todos los hechos e informaciones*** *de los cuales tenga conocimiento en el ejercicio o con motivo del ejercicio de sus funciones,* ***sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones vigentes en materia de secreto o reserva administrativa****.”*

Convenio Colectivo de Trabajo para los trabajadores **DOCENTES** de las UUNN (**Dcto. 1246/2015**): “**Artículo Nº 28:** Son **deberes de los docentes** alcanzados por el presente Convenio Colectivo:

a)b) c)d)…

e) **Observar el deber de reserva respecto de todo asunto atinente a sus funciones docentes de enseñanza, de investigación, de extensión, de vinculación y transferencia o de gestión.” ….**

Que a su vez, también se encuentra vigente la **Ley 25326** PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

*“****Artículo Nº 9:*** *(Seguridad de los datos).*

*1. El responsable o usuario del archivo de datos debe adoptar las medidas técnicas y organizativas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, de modo de evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, y que permitan detectar desviaciones, intencionales o no, de información, ya sea que los riesgos provengan de la acción humana o del medio técnico utilizado.*

*2. Queda prohibido registrar datos personales en archivos, registros o bancos que no reúnan condiciones técnicas de integridad y seguridad.*

***Artículo Nº 10****: (Deber de confidencialidad).*

*1. El responsable y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de datos personales están obligados al secreto profesional respecto de los mismos. Tal obligación subsistirá aun después de finalizada su relación con el titular del archivo de datos.*

*2. El obligado podrá ser relevado del deber de secreto por resolución judicial y cuando medien razones fundadas relativas a la seguridad pública, la defensa nacional o la salud pública.*

*(…)*

***Artículo Nº 31:*** *(Sanciones administrativas).*

*1. Sin perjuicio de las responsabilidades administrativas que correspondan en los casos de responsables o usuarios de bancos de datos públicos; de la responsabilidad por daños y perjuicios derivados de la inobservancia de la presente ley, y de las sanciones penales que correspondan, el organismo de control podrá aplicar las sanciones de apercibimiento, suspensión, multa de mil pesos ($ 1.000.-) a cien mil pesos ($ 100.000.-), clausura o cancelación del archivo, registro o banco de datos.*

*2. La reglamentación determinará las condiciones y procedimientos para la aplicación de las sanciones previstas, las que deberán graduarse en relación a la gravedad y extensión de la violación y de los perjuicios derivados de la infracción, garantizando el principio del debido proceso.*

***Artículo Nº 32****: (Sanciones penales).*

1. *Incorpórase como artículo 117 bis del Código Penal, el siguiente:*

*"1°. Será reprimido con la pena de prisión de un mes a dos años el que insertara o hiciera insertar a sabiendas datos falsos en un archivo de datos personales.*

*2°. La pena será de seis meses a tres años, al que proporcionara a un tercero a sabiendas información falsa contenida en un archivo de datos personales.*

*3°. La escala penal se aumentará en la mitad del mínimo y del máximo, cuando del hecho se derive perjuicio a alguna persona.*

*4°. Cuando el autor o responsable del ilícito sea funcionario público en ejercicio de sus funciones, se le aplicará la accesoria de inhabilitación para el desempeño de cargos públicos por el doble del tiempo que el de la condena".*

1. *Incorpórase como artículo 157 bis del Código Penal el siguiente: "Será reprimido con la pena de prisión de un mes a dos años el que:*

*1°. A sabiendas e ilegítimamente, o violando sistemas de confidencialidad y seguridad de datos, accediere, de cualquier forma, a un banco de datos personales;*

***2°. Revelare a otro información registrada en un banco de datos personales cuyo secreto estuviere obligado a preservar por disposición de una ley. Cuando el autor sea funcionario público sufrirá, además, pena de inhabilitación especial de uno a cuatro años".***

|  |
| --- |
| Lugar y fecha: Clic aquí  Firma:  Aclaración: nombre y apellido |

Lugar y fecha

A la

***UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA***

Por la presente me notifico:

**a.** Que la Universidad Nacional de Villa María cuenta con el servicio de Auditorías Médicas para el control de ausentismo y justificación de inasistencias por razones de salud.

**b.** Que debo comunicar por cualquier medio mis inasistencias a la Dependencia donde presto servicios **dentro de la primera hora** en que se inicia la jornada laboral y **a la Dirección General de Recursos Humanos, si la inasistencia fuere por razones de salud propias o de familiares, declarados, a los fines de que se realice la Auditoría Médica correspondiente**.

**c.** Que debo presentar ante la Dirección General de Recursos Humanos los comprobantes que acrediten las causas de mis pedidos de licencia dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a los hechos que los originaron; **o justificación de inasistencia dentro de las 24 hs. de producida la misma.**

*Datos indispensables para la aceptación del Certificado médico*: **Fecha y hora de atención**, **nombre del paciente o agente**, si fuera familiar a cargo bajo el cual queda su atención; **diagnóstico, firma y sello del médico.**

**d.** Que estando en uso de **licencias por razones de salud** propias o de familiar declarado, **no podré ausentarme de mi lugar de residencia** o del familiar enfermo sin autorización del servicio médico.

**e.** Que debo solicitar la justificación de inasistencias ante la Dirección General de Recursos Humanos dentro del primer día de reintegro a mis tareas.

**f.** Que debo solicitar las **licencias extraordinarias** a que pudiera tener derecho ante la Dirección General de Recursos Humanos, autorizada por el Responsable de la Dependencia donde presto servicios, con la siguiente anticipación:

**f.1.-** Dos (2) días hábiles si el período de licencia no excede de dos (2) días hábiles.

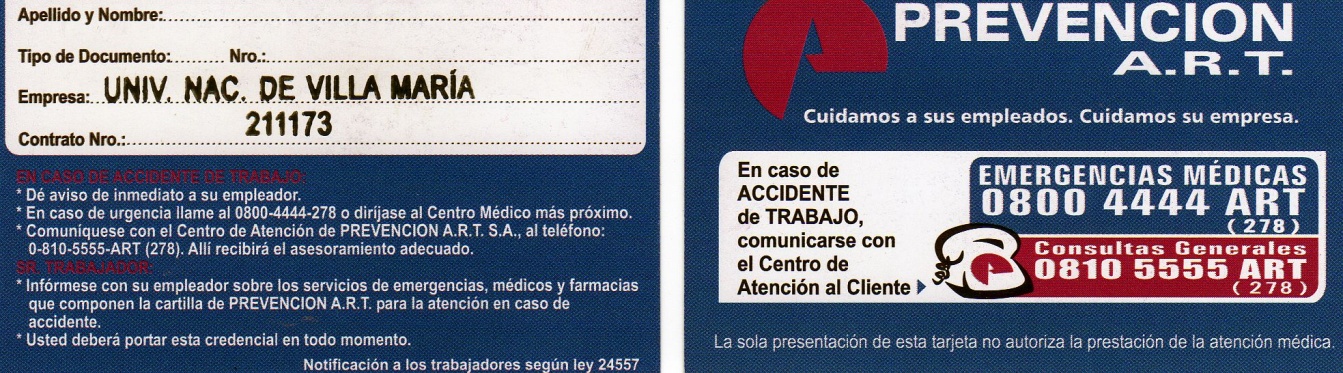
**f.2**.- Cinco (5) días hábiles si el período de licencia es de más de dos (2) y hasta diez (10) días hábiles.

**f.3.-** Diez (10) días hábiles si el período de licencia es por más de diez (10) días hábiles. Así también presto mi expresa conformidad para que se efectúe el descuento de haberes que correspondiera a mis inasistencias o licencias en el caso de no proceder en la forma indicada más arriba

Firma:

Aclaración: nombre y apellido

DNI/ CUIL: Clic aquí

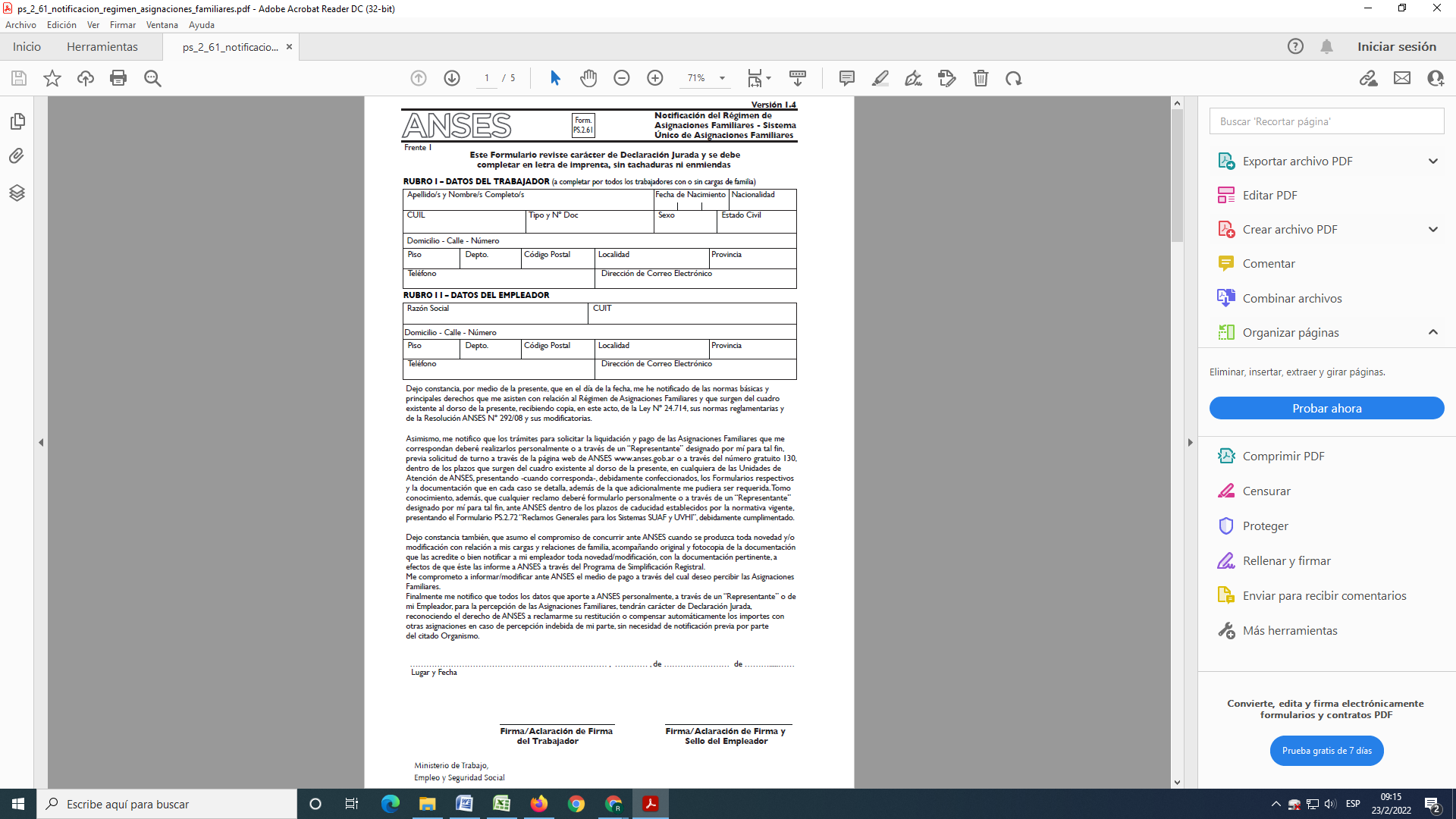


RECIBÍ

Firma:

Aclaración: nombre y apellido

DNI/ CUIL: Clic aquí



Se notifica que será responsabilidad del empleado, según lo establecido en Resolución General AFIP N° 3418/2012, la presentación del formulario 572 web, a través de la pagina: [www.afip.gov.ar](http://WWW.AFIP.GOV.AR) ingreso con clave fiscal – Siradig Trabajador.

Para mayor información ingresar a: <http://www.afip.gob.ar/572web/documentos/PasoaPasoSIRADiG.pdf>

Firma:

Aclaración: nombre y apellido

DNI/ CUIL: Clic aquí