

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FUNCIONAL

1 ^{er} Apellido	2 ^o Apellido	1 ^{er} Nombre	2 ^o Nombre
Localidad de Nacimiento	Departamento	Nacionalidad	Ciudadano Legal - Fecha
CI	CC	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
Domicilio		N ^o	Apto.
Entre calle		y	
Localidad		Departamento	
Teléfono	Celular	email	

*¿Cree tener ascendencia ...	Indígena ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asiático o Amarillo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros
	Blanca ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Afro o Negra? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál considera la principal?

Fecha de Ing. Adm. Pública	Fecha de Ing. en ANEP	Consejo en que Ing. en ANEP	Fecha de Ing. en CODICEN

Jubilado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Caja	Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha	Consejo
Pensionista Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Caja	Prof. Universitario Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de Egreso	

Situación **Anterior** en CODICEN

Institución - Proyecto	Asignatura y/o cargo	Carácter del Cargo	Posesión			Horas Semanales	Solo en caso de licencia: Titular - Período
			Día	Mes	Año		
TOTAL DE HORAS							

Situación **Actual** en CODICEN

Institución - Proyecto	Asignatura y/o cargo	Carácter del Cargo	Posesión			Horas Semanales	Solo en caso de licencia: Titular - Período
			Día	Mes	Año		
TOTAL DE HORAS							

Otros Cargos Públicos Dentro de la ANEP

Asignatura y/o cargo	Repartición	Posesión			Horas Semanales	Observaciones
		Día	Mes	Año		
				Total de horas		

Otros Cargos Públicos Fuera de la ANEP

Asignatura y/o cargo	Repartición	Posesión			Horas Semanales	Observaciones
		Día	Mes	Año		
				Total de horas		

Solicitud de Cobro

¿Por qué institución financiera desea cobrar?

Si opta por una institución financiera diferente al BROU deberá comunicar número de cuenta.

¿Posee cuenta en la institución que indica? Si No Nº de cuenta:

¿Por qué empresa?

Ley Nº 19.210 ACCESO DE LA POBLACIÓN A SERVICIOS FINANCIEROS Y PROMOCIÓN DEL USO DE MEDIOS DE PAGO ELECTRÓNICOS

Artículo 10. (Pago de nómina).- El pago de las remuneraciones y toda otra partida en dinero que tengan derecho a percibir los trabajadores en relación de dependencia, cualquiera sea su empleador, deberá efectuarse a través de acreditación en cuenta en instituciones de intermediación financiera o en instrumento de dinero electrónico, en instituciones que ofrezcan este servicio, en las condiciones establecidas en la presente ley y en consonancia con las disposiciones complementarias que se dicten para reglamentarla. El sistema de pago que se instituye no implica aceptación de la liquidación por parte del dependiente, ni enerva la obligación del empleador de extender los recibos de haberes, en las condiciones previstas en las normas reglamentarias del artículo 10 de la Ley Nº 16.244, de 30 de marzo de 1992.

Facúltase al Poder Ejecutivo a establecer un sistema de recibo de haberes y de firma en formato electrónico.

* "El relevamiento de la pertenencia étnico racial es imprescindible para dar cumplimiento a la normativa nacional e internacional vigente respecto a la no discriminación. Esta información debe ser aportada por la persona ya que solo ella puede definir su pertenencia étnico racial. Se define la pertenencia étnico racial tanto por sus rasgos físicos y/o lazos de familiaridad y/o experiencias de discriminación y/o sentido de pertenencia a una comunidad y sus aspectos históricos, culturales y sociales."

Declaro en este acto que la que antecede es la situación real de los cargos públicos y otras situaciones, aún las en trámite de acumulación y pasividades a la fecha. Me comprometo a sustituir de inmediato esta declaración, si cambiara cualquier dato de la misma.

Fecha			
-------	--	--	--

.....
Firma

Observaciones:.....
.....

SOLO PARA USO INTERNO

Declaro en este acto que la que antecede es la situación real, a la fecha, del funcionario mencionado en esta Dependencia. Me comprometo a sustituir de inmediato esta declaración si cambiara cualquier otro dato de la misma.

.....
**FIRMA DEL DIRECTOR o
COORDINADOR DEL PROGRAMA/ PROYECTO**

Sello

Fecha			
-------	--	--	--