



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina

DATOS PERSONALES- DDJJ

Apellido paterno: Apellido materno:
Nombres: Fecha de nacimiento:/...../.....
Lugar de nacimiento:.....País:.....
Fecha de ingreso al país:/...../..... Estado civil:
Domicilio:Piso:.....Dpto:.....
Localidad:CP.....Tel:.....Cel:.....
Correo electrónico:.....@.....
Dependencia:CodInterno:.....
Cargo: Fecha de ingreso:
N° de legajo: D.N.I.....

Estudios	Establecimiento	Titulo obtenido
Secundario		
Terciario		
Universitario		
Otros		

Familiares a Cargo

Apellido y Nombre	Parentesco	D.N.I	Fecha de Nac. (XX/XX/XXXX)	CUIL

Servicios en otros Organismos Oficiales

Dependencia	Años

Lugar y Fecha: Buenos Aires,.....dede 2018

.....
.....¹

Aclaración: Registro de firma del declarante

Certifico la autenticidad de la firma que antecede. Dejo constancia que la presente declaración quedará incluida en el legajo personal del agente.

.....
Firma y sello del funcionario

¹ Los datos consignados fueron suministrados por el agente, comprometiéndose ante cambios en los mismos a realizar una nueva declaración dentro de los 5 días, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4° inc. K del Estatuto para el Personal No Docente de UBA.

Sr /ra. Agente:
Todos los campos son obligatorios y deben ser completados (Nota UBA-SSH Nº 29/2010).
La confidencialidad de los datos esta resguardada por Ley Nº 25326.