

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN DE SITUACIÓN Y SOLICITUD DE BENEFICIOS SOCIALES

FACULTAD o SERVICIO:

Funcionario:

| | | | | |
|-------------|-------------|-----------|-----------|------------------------|
| 1º Apellido | 2º Apellido | 1º Nombre | 2º Nombre | Documento de Identidad |
| | | | | |

| Datos a modificar (indicar con "x"): | | | |
|---|--|--|--|
| 1. Datos personales | | 5.1.2 Cese de hogar constituido | |
| 2. Fecha de ingreso y períodos de inactividad | | 5.2.1 Solicitud de asignación familiar | |
| 3. Cargos que ocupa | | 5.2.2 Cese de asignación familiar | |
| 4. Otros cargos | | 6. Solicitud de prima por matrimonio | |
| 5.1.1 Solicitud de hogar constituido | | 7. Solicitud de prima por nacimiento | |

1. DATOS PERSONALES DEL FUNCIONARIO

| Sexo | | Estado Civil | | Credencial Cívica | |
|------|---|--------------|--|-------------------|-----|
| M | F | | | Serie | No. |
| | | | | | |

| Domicilio actual y esquina | Departamento | Código Postal |
|---|--------------|---------------|
| | | |
| Domicilio electrónico constituido (e-mail) ¹ | Teléfono | Celular |
| | | |

1 "Constituyo el domicilio electrónico que registro en este formulario. Además autorizo al servicio a realizar las comunicaciones y notificaciones personales de los actos indicados en el cap. III del Instructivo de Notificaciones Personales Electrónicas al domicilio electrónico constituido. Me obligo a comunicar, en la oficina donde fue constituido este dato, cualquier cambio en el domicilio electrónico que denuncio en el presente formulario. Asimismo asumo la responsabilidad respecto al uso exclusivamente personal e intransferible de la cuenta de correo electrónico constituida como domicilio electrónico."

2. FECHAS DE INGRESO y PERÍODOS DE INACTIVIDAD

| | dd | mm | aa | | Categoría | dd | mm | aa |
|-------------------------------------|----|----|----|---------------------|------------|----|----|----|
| Ingreso a la administración pública | | | | Ingreso a la UdelaR | Docente | | | |
| | | | | | No Docente | | | |

| Períodos de Inactividad | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta |
| No Docente | | | | | | | | |
| Docente | | | | | | | | |

3. CARGOS QUE OCUPA EN LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (Indicar en primer lugar el cargo que asume o modificación de la carga horaria)

| Denominación del Cargo | Nº de cargo | Categoría (Docente/No Docente) | Esc./ Sub. | Gº | Horas | Acumula (Si/No) ² | Forma de acceso al cargo | Carácter de la designación |
|------------------------|-------------|--------------------------------|------------|----|-------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

² En caso de contestar "Si" deberá iniciar el trámite de acumulación de cargos públicos en formulario aparte.

4. OTROS CARGOS PÚBLICOS

| Organismo | Denominación del cargo | Horas Semanales | Categoría (Docente/No Docente) |
|-----------|------------------------|-----------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

5. BENEFICIOS SOCIALES:

5.1 Hogar Constituido

5.1.1 Solicitud del beneficio de hogar constituido

Integrantes del núcleo familiar:

| Apellidos y Nombres | Cédula de Identidad | Parentesco -Vínculo | Cargos Públicos | | Percibe hogar constituido | | Remuneración nominal mensual ³ (\$) |
|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----|---------------------------|----|--|
| | | | Si | No | Si | No | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

³ La Remuneración nominal mensual sólo deberán completarla en caso de ocupar cargos públicos.

5.1.2 Solicito cese de hogar constituido

| Fecha del cese | | |
|----------------|----|----|
| dd | mm | aa |
| | | |

5.2 Asignación Familiar

Solicito el beneficio (Marcar la opción que corresponda. En caso afirmativo completar el numeral 5.3 del formulario de ingreso):

| | |
|----|--|
| Si | |
| No | |

5.2.2 Solicito el cese del beneficio de asignación familiar para los siguientes beneficiarios:

| Apellidos y Nombres | Nombre del Padre/ Madre o Tutor | Cédula de Identidad |
|---------------------|---------------------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

6. Solicitud de prima por matrimonio

| | | | | | |
|----------------------------------|----|----|--|--|--|
| Fecha en que contrajo matrimonio | | | Declaro que renuncio al cobro de este beneficio: | | |
| dd | mm | aa | Nombre del cónyuge: | | |
| | | | Firma del cónyuge: | | |

7. Solicitud de prima por nacimiento

| | | | | | |
|------------------------------|----|----|--|--|--|
| Fecha de nacimiento del hijo | | | Declaro que renuncio al cobro de este beneficio: | | |
| dd | mm | aa | Nombre del cónyuge / concubino: | | |
| | | | Firma del cónyuge / concubino: | | |

El que suscribe declara que los datos registrados en el presente formulario son veraces bajo apercibimiento de las sanciones legales, administrativas civiles y penales que correspondan. El firmante declara que se compromete a comunicar a la Universidad de la República toda variación que en el futuro se produzca sobre los datos suministrados en la presente Declaración.

Cuando el presente formulario refiera a solicitud de beneficios sociales, la información suministrada tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA, y está sujeta a las penalidades que establece la ley (Art. 239 del Código Penal "El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión"). En tal carácter, repongo el timbre profesional correspondiente conforme lo dispuesto por el Art. 71, Lit. G de la Ley Nº 17738.

Cada vez que se produzcan cambios en la situación del funcionario que provoquen modificaciones en la información declarada, deberá completar un formulario de declaración de modificación de situación.

| | |
|-------|---|
| Fecha | Firma y aclaración del funcionario declarante |
| | |

Recibido Sección Personal:

| | |
|-------|--|
| Fecha | Firma y aclaración del funcionario de Personal |
| | |