



Universidad Nacional del Este
Facultad de Ciencias de la Salud

Nuestra MISIÓN

Formar profesionales de las ciencias de la salud, con elevados valores humanos, capaces de mejorar la calidad de vida de la región y del país, con responsabilidad social; y producir conocimientos a través de riguroso proceso de investigación científica.

FORMULARIO C

DECLARACIÓN JURADA

Quien suscribe,....., con C.I.Nº....., declaro bajo Fe de Juramento de:

- a) No hallarme en las inhabilidades previstas en los Artículos 14 y 16 de la Ley Nº 1.626/00, de la Función Pública; de no haber sido beneficiado por el Programa de Retiro Voluntario, de conformidad a la Ley Nº 3.409/08 y el Decreto Reglamentario Nº 11.766/08, Numeral 16 Anexo A;
- b) No haberme acogido al Régimen Jubilatorio, a excepción de los docentes y la investigación científica, conforme al Art. 143 de la Ley Nº 1626/00 “De la Función Pública”.

Fecha:.....de

Firma.....

C.I.Nº.....

Aclaración de Firma.....