



Sistema Suplementario de Cuota Mutual DECLARACIÓN JURADA

Fecha (dd/mm/aa)

 / /

Cédula de Identidad

 -

1.1 Lugar donde se desempeña el Funcionario									
Unidad Ejecutora		Facultad o Servicio			Nro. de Cargo		Horas Totales		
1.2 Datos Personales del Funcionario									
1er. Apellido				2do. Apellido					
1er. Nombre				2do. Nombre					
Domicilio									
Localidad			Departamento			Código de Estado Civil			
Teléfono		Celular		E-Mail					
1.3. Declaración de Ingresos Nominales que percibe el Funcionario (Por cargos en la Universidad de la República, otros cargos, Rentas, Otros Ingresos)									
Total de Ingresos que Percibe en la Universidad de la República				⇒	\$	Total de Ingresos que Percibe por otros conceptos		⇒	\$
1.4. Integración del Núcleo Familiar Básico (N.F.B.) (Incluye al funcionario y a las Personas que viven bajo el mismo techo y dependen socio-económicamente del Funcionario)									
Total de integrantes del N.F.B.			Cantidad de integrantes del N.F.B. CON COBERTURA DE SALUD						
Si conviven con el funcionario bajo el mismo techo otros funcionarios universitarios, complete a continuación sus Cédulas de Identidad									
	-		-		-		-		
1.5. SOLICITUD DE COBERTURA Núcleo Familiar Básico SIN COBERTURA MUTUAL (Hijo/a, Conyuge o Concubino/a, Madre o Padre, Hermano/a o Nieto/a, que vive bajo el mismo techo que el funcionario y depende socio-económicamente del mismo y que no está amparado por el Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.) u otro régimen de cobertura médica). (Completar los datos generales y los específicos según el código de parentesco)									
Cuota Nro. 1									
Código de Mutualista		Código de Parentesco		Cédula de Identidad		-			
1er. Apellido				2do. Apellido					
1er. Nombre				2do. Nombre					
Fecha de Nacimiento	/	/	Código de Estado Civil	Estudiante	Código de Situación Económico y Laboral				

Cuota Nro. 2

Código de Mutualista		Código de Parentesco		Cédula de Identidad		-	
1er. Apellido				2do. Apellido			
1er. Nombre				2do. Nombre			
Fecha de Nacimiento	/	/	Código de Estado Civil	Estudiante		Código de Situación Económico y Laboral	

1.5.1. Declaración de todas las actividades que desarrolla el cónyuge o concubino/a en caso de ser beneficiario (especificar el/los código/s) ⇒

Declaro conocer en todos sus términos los preceptos establecidos en la Ordenanza del Sistema Suplementario de Cuota Mutual; que el/los cargo/s que desempeño en la Universidad de la República, constituye/n mi principal fuente de ingresos y que en caso de producirse modificaciones en mi situación personal o familiar que afecten los derechos de coberturas por este sistema lo comunicaré inmediatamente en la Oficina de Personal donde presenté esta Declaración Jurada. A los efectos de mantener el beneficio, declaro conocer lo establecido en el Art. 3º de la Ordenanza del Sistema Suplementario de Cuota Mutual en conocimiento de que, si no cumplo con las condiciones establecidas, las coberturas mutuales por este sistema cesarán a partir del 01 de mayo siguiente. En caso de que la Universidad de la República abone cuotas en demasía, me serán descontadas de mis ingresos. Asimismo, declaro conocer que la Universidad de la República podrá adoptar medidas disciplinarias y/o presentar denuncia penal en caso de constatar falso testimonio (Artículo 239 del Código Penal: "Falsificación ideológica por un particular. 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.").

Firma del Funcionario

Aclaración de Firma

Firma del Cónyuge o Concubino
(Sólo en caso de ser Beneficiario)

Aclaración de Firma

1.6. USO INTERNO - OFICINA DE PERSONAL DEL SERVICIO					
Recibido en Oficina de Personal (dd/mm/aa)	⇒	/ /	Fecha de Vencimiento (dd/mm/aa)	⇒	/ /

Por Oficina de Personal del Servicio

Aclaración de Firma