



UNPA

Universidad Nacional
de la Patagonia Austral

DECLARACIÓN JURADA DE FAMILIARES A CARGO

TITULAR:

DOCUMENTO:

CARGO:

| APELLIDO Y NOMBRES | PARENTESCO | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DOMICILIO |
|---------------------------|-------------------|-------------------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA DEL TITULAR

LUGAR Y FECHA :..... de 20.....

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
Form. N° 0031-D.RRHH-U.N.P.A.-**

ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO

Los trabajadores incluidos en el presente convenio están obligados ante la Institución Universitaria a presentar una declaración jurada, consignando todos los datos de Quienes integran su grupo familiar y de cómo ellos dependen de su atención y cuidado. El trabajador dispondrá de hasta 30 días corridos, en un solo período o fraccionado, en el año, con goce de haberes par atender a alguno de esos familiares que sufra enfermedad o accidente que requiera la atención personal del trabajador, plazo que podrá extenderse hasta 100 días adicionales, extensión que será sin goce de haberes.

Para la justificación de estos supuestos deberá presentar la certificación profesional con identidad del paciente y la referencia explícita a que requiere atención personalizada, todo lo que será certificado por el servicio médico de la Institución Universitaria.

TOMADO CONOCIMIENTO

Firma.....

Aclaración.....