



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 NOMINALES que percibe en la Universidad de la República			⇒ \$	Total de Ingresos NOMINALES que percibe por otros conceptos			⇒ \$		
1.4. Integración del Núcleo Familiar Básico (N.F.B.) (Incluye al Funcionario, a las Personas que viven bajo el mismo techo (y sus excepciones) y que dependen socio-económicamente del mismo)									
Total de integrantes del N.F.B. (incluye al Funcionario)				Cantidad de integrantes del N.F.B. CON COBERTURA DE SALUD (incluye al Funcionario)					
Si su N.F.B. está constituido por 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, persona que tenga una vinculación afectiva histórica con el funcionario, que vive bajo el mismo techo que el funcionario y depende socio-económicamente del mismo (y sus excepciones). No debe estar 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				
Domicilio									
Localidad			Departamento				Teléfono		Celular
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			
Domicilio							
Localidad		Departamento		Teléfono		Celular	
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 y en el documento "Pautas y Documentación para el Acceso al Sistema Suplementario de Cuota Mutual de la Universidad de la República"; 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, completando el Formulario de Modificación o Baja según corresponda. 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, y si no presento una nueva Declaración Jurada con la documentación probatoria antes del 15 de abril siguiente, las coberturas mutuales por este sistema cesarán a partir del 01 de mayo siguiente. Acepto que en caso de que la Universidad de la República abone cuotas en demasía, éstas sean descontadas de mis ingresos (Art. 5º de la Ordenanza). **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