



*Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina*

DATOS PERSONALES- DDJJ

Apellido paterno: Apellido materno:

Nombres: Fecha de nacimiento:/...../.....

Lugar de nacimiento: País:

Fecha de ingreso al país:/...../..... Estado civil:

Domicilio: Piso: Dpto:

Localidad: CP: Tel: Cel:

Correo electrónico: @

Dependencia: Cod Interno:

Cargo: Fecha de ingreso:

Nº de legajo: D.N.I:

Estudios	Establecimiento	Titulo obtenido
Secundario		
Terciario		
Universitario		
Otros		

Familiares a Cargo				
Apellido y Nombre	Parentesco	D.N.I	Fecha de Nac. (XX/XX/XXXX)	CUIL

Servicios en otros Organismos Oficiales	
Dependencia	Años

Lugar y Fecha: Buenos Aires,.....dede 2018

Sr /ra. Agente:
Todos los camp
La confidencialida

Aclaración:

Registro de firma del declarante

Certifico la autenticidad de la firma que antecede. Dejo constancia que la presente declaración quedará incluida en el legajo personal del agente.

.....

Firma y sello del funcionario

¹ Los datos consignados fueron suministrados por el agente, comprometiéndose ante cambios en los mismos a realizar una nueva declaración dentro de los 5 días, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 4º inc. K del Estatuto para el Personal No Docente de UBA.