



Declaración jurada Sistema suplementario de Cuota Mutual

Fecha
(dd/mm/aa)

Cédula de
identidad

Cantidad de cuotas
mutuales solicitadas*

*Podrán solicitarse cuotas mutuales para 1 o 2 personas de acuerdo a la ordenanza.

1.1 Lugar donde se desempeña el funcionario/a

Unidad ejecutora	Facultad o Servicio	Nro. cargo	Horas totales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Primer nombre		Segundo nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio			
<input type="text"/>			
Localidad	Departamento	Código de estado civil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono	Celular	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.3 Declaración jurada de ingresos nominales que percibe el funcionario/a

Por cargos en la Universidad de la República, otros cargos, rentas u otros ingresos

Total de ingresos
nominales que
percibe **en Udelar**

Total de ingresos
nominales que percibe
por **otros conceptos**

1.4 Integración del Núcleo Familiar Básico (NFB)

Incluye al funcionario/a, a las personas que viven bajo el mismo techo (y sus excepciones) y que dependen socio-económicamente del mismo

Total de integrantes del núcleo familiar básico
(incluyendo al funcionario/a)

Total de integrantes del núcleo familiar básico
con cobertura de salud por mutualista
(incluyendo al funcionario/a)

Si su núcleo familiar básico está constituido por otros funcionarios/as universitarios, complete a continuación sus cédulas de identidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1.5 Situación económica del Núcleo Familiar Básico (NFB)

Incluye al funcionario/a, a las personas que viven bajo el mismo techo (y sus excepciones) y que dependen socio-económicamente del mismo

Total de ingresos mensuales **nominales** sumados del Núcleo Familiar Básico

Total mensual de gastos médicos (no incluye cuotas mutuales)

Total mensual de gastos de alquiler o cuotas inmobiliarias

Cuota N°1

Código de mutualista

Código de parentesco

Código de cohabitación

Cédula de identidad

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Domicilio

Localidad

Departamento

Teléfono

Celular

Fecha de nacimiento

Código estado civil

Estudiante

Código de Situación económico y laboral

¿Se encuentra en situación de dependencia?

“El estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular los referentes al cuidado personal.”(Consejo de Europa, citado en Baremo de valoración de Dependencia, PRONADIS- SNC)

¿Presenta patologías graves o crónicas?

“Enfermedades graves o crónicas o con limitaciones psicofísicas que demanden importantes erogaciones – medicamentos, controles periódicos, etc.”(Ordenanza sobre un Sistema Suplementario de Cuota Mutua, Art. 5)

Cuota N°2

Código de mutualista

Código de parentesco

Código de cohabitación

Cédula de identidad

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Domicilio

Localidad	Departamento	Teléfono	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Código estado civil	Estudiante	Código de Situación económico y laboral
<input type="text" value="/"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Se encuentra en situación de dependencia?		<input type="text"/>	
¿Presenta patologías graves o crónicas?		<input type="text"/>	

Declaro conocer en todos sus términos los preceptos establecidos en la Ordenanza del Sistema Suplementario de Cuota Mutua; 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 acceder al beneficio, declaro conocer lo establecido en el Art. 3º de la Ordenanza del Sistema Suplementario de Cuota Mutua, que especifica las condiciones obligatorias establecidas, y la obligatoriedad de presentar esta Declaración Jurada con la documentación probatoria dentro del plazo establecido, para que la solicitud sea considerada.

Acepto que en caso de que la Universidad de la República abone cuotas en demasía, éstas sean descontadas de mis ingresos (Art. 6º 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/a

Aclaración de firma

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