

# UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN DE SITUACIÓN Y SOLICITUD DE BENEFICIOS SOCIALES

FACULTAD o SERVICIO:

Funcionario:

| 1º Apellido | 2º Apellido | 1º Nombre | 2º Nombre | Documento de Identidad |
|-------------|-------------|-----------|-----------|------------------------|
|             |             |           |           |                        |

Datos a modificar (indicar con "x"):

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1. Datos personales                           |  | 5.1.2 Cese de hogar constituido        |  |
| 2. Fecha de ingreso y períodos de inactividad |  | 5.2.1 Solicitud de asignación familiar |  |
| 3. Cargos que ocupa                           |  | 5.2.2 Cese de asignación familiar      |  |
| 4. Otros cargos                               |  | 6. Solicitud de prima por matrimonio   |  |
| 5.1.1 Solicitud de hogar constituido          |  | 7. Solicitud de prima por nacimiento   |  |

### 1. DATOS PERSONALES DEL FUNCIONARIO

| Sexo |   | Estado Civil | Credencial Cívica |     |  |
|------|---|--------------|-------------------|-----|--|
|      |   |              | Serie             | No. |  |
| M    | F |              |                   |     |  |

|   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| Domicilio actual y esquina                              | Departamento | Código Postal |
|   |              |               |
| Domicilio electrónico constituido (e-mail) <sup>1</sup> | Teléfono     | Celular       |
|   |              |               |

<sup>1</sup> Dirección de correo electrónico que constituyo y que se considerará válida para todas las notificaciones personales que correspondiera realizar.

### 2. FECHAS DE INGRESO y PERÍODOS DE INACTIVIDAD

|                                     |    |    |    |                     |            |    |    |    |
|-------------------------------------|----|----|----|---------------------|------------|----|----|----|
| Ingreso a la administración pública | dd | mm | aa | Ingreso a la UdelaR | Categoría  | dd | mm | aa |
|                                     |    |    |    |                     | Docente    |    |    |    |
|                                     |    |    |    |                     | No Docente |    |    |    |

| Períodos de Inactividad |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                         | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta | Desde | Hasta |
| No Docente              |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Docente                 |       |       |       |       |       |       |       |       |

**3. CARGOS QUE OCUPA EN LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA** (Indicar en primer lugar el cargo que asume o modificación de la carga horaria)

| Denominación del Cargo | Nº de cargo | Categoría (Docente/No Docente) | Esc./ Sub. | Gº | Horas | Acumula (Si/No) <sup>2</sup> | Forma de acceso al cargo | Carácter de la designación |
|------------------------|-------------|--------------------------------|------------|----|-------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
|                        |             |                                |            |    |       |                              |                          |                            |
|                        |             |                                |            |    |       |                              |                          |                            |
|                        |             |                                |            |    |       |                              |                          |                            |
|                        |             |                                |            |    |       |                              |                          |                            |

<sup>2</sup> En caso de contestar "Si" deberá iniciar el trámite de acumulación de cargos públicos en formulario aparte.

**4. OTROS CARGOS PÚBLICOS**

| Organismo | Denominación del cargo | Horas Semanales | Categoría (Docente/No Docente) |
|-----------|------------------------|-----------------|--------------------------------|
|           |                        |                 |                                |
|           |                        |                 |                                |
|           |                        |                 |                                |
|           |                        |                 |                                |

**5. BENEFICIOS SOCIALES:**

**5.1 HOGAR CONSTITUIDO**

**5.1.1 Solicitud del beneficio de hogar constituido**

Integrantes del núcleo familiar:

| Apellidos y Nombres | Cédula de Identidad | Parentesco -Vínculo | Cargos Públicos |    | Percibe hogar constituido |    | Remuneración nominal mensual <sup>3</sup> (\$) |
|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----|---------------------------|----|--|
|                     |                     |                     | Si              | No | Si                        | No |  |
|                     |                     |                     |                 |    |                           |    |  |
|                     |                     |                     |                 |    |                           |    |  |
|                     |                     |                     |                 |    |                           |    |  |
|                     |                     |                     |                 |    |                           |    |  |

<sup>3</sup> La Remuneración nominal mensual sólo deberán completarla en caso de ocupar cargos públicos.

**5.1.2 Solicito cese de hogar constituido**

| Fecha del cese |    |    |
|----------------|----|----|
| dd             | mm | aa |
|                |    |    |

## 5.2 ASIGNACIÓN FAMILIAR

Solicito el beneficio (Marcar la opción que corresponda. En caso afirmativo completar el numeral 5.3 del formulario de ingreso):

|    |  |
|----|--|
| Si |  |
| No |  |

### 5.2.2 Solicito el cese del beneficio de asignación familiar para los siguientes beneficiarios:

| Apellidos y Nombres | Nombre del Padre/ Madre o Tutor | Cédula de Identidad |
|---------------------|---------------------------------|---------------------|
|                     |                                 |                     |
|                     |                                 |                     |
|                     |                                 |                     |

## 6. Solicitud de prima por matrimonio

|                                  |    |    |  |  |
|----------------------------------|----|----|--|--|
| Fecha en que contrajo matrimonio |    |    | Declaro que renuncio al cobro de este beneficio: |  |
| dd                               | mm | aa | Nombre del cónyuge:                              |  |
|                                  |    |    | Firma del cónyuge:                               |  |

## 7. Solicitud de prima por nacimiento

|                              |    |    |  |  |
|------------------------------|----|----|--|--|
| Fecha de nacimiento del hijo |    |    | Declaro que renuncio al cobro de este beneficio: |  |
| dd                           | mm | aa | Nombre del cónyuge / concubino:                  |  |
|                              |    |    | Firma del cónyuge / concubino:                   |  |

*El que suscribe declara que los datos registrados en el presente formulario son veraces bajo apercibimiento de las sanciones legales, administrativas civiles y penales que correspondan. El firmante declara que se compromete a comunicar a la Universidad de la República toda variación que en el futuro se produzca sobre los datos suministrados en la presente Declaración.*

*Cuando el presente formulario refiera a solicitud de beneficios sociales, la información suministrada tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA, y está sujeta a las penalidades que establece la ley (Art. 239 del Código Penal "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"). En tal carácter, repongo el timbre profesional correspondiente conforme lo dispuesto por el Art. 71, Lit. G de la Ley Nº 17738.*

*Cada vez que se produzcan cambios en la situación del funcionario que provoquen modificaciones en la información declarada, deberá completar un formulario de declaración de modificación de situación.*

|       |   |
|-------|---|
| Fecha | Firma y aclaración del funcionario declarante |
|       |   |

Recibido Sección Personal:

|       |  |
|-------|--|
| Fecha | Firma y aclaración del funcionario de Personal |
|       |  |