

**DECLARACION JURADA SOBRE INCOMPATIBILIDADES PARA EL
DESEMPEÑO DE UNA FUNCION O CARGO REMUNERADO O PRESTACION
CONTRACTUAL CON O SIN RELACION DE DEPENDENCIA – Decreto N°
894/2001**

Declaro bajo juramento **SI – NO (*)** estar incurso en la incompatibilidad establecida por el artículo primero del Decreto N° 894 del 11 de julio de 2001: **“El desempeño de una función o cargo remunerado o prestación contractual con o sin relación de dependencia, bajo cualquier modalidad en la Administración Pública Nacional, es incompatible con la percepción de un beneficio previsional o haber de retiro proveniente de cualquier régimen de previsión nacional, provincial o municipal”**.

Lugar y fecha	Firma	Aclaración	Doc. Tipo y N°
---------------	-------	------------	----------------

(*) Tachar lo que no corresponda. Si estuviere incurso en la incompatibilidad establecida por el artículo primero del Decreto N° 894/2001, deberá formular la opción prevista por el artículo segundo del citado Decreto.

Declaro OPTAR por ():**

a) La percepción del haber previsional o de retiro y continuar en el desempeño del a función, cargo o relación contractual, sin percibir la contraprestación correspondiente.	
--	--

Firma: _____ Aclaración: _____

b) Solicitar la suspensión del haber previsional o de retiro durante el desempeño del cargo, función o contrato.	
---	--

Firma: _____ Aclaración: _____

(**) Firmar en la opción correspondiente.