

**ANEXO I**  
**DECLARACIÓN JURADA**

INCOMPATIBILIDAD CON EL COBRO DE BENEFICIOS  
POR CARGO EN LA FUNCION PUBLICA

El firmante ,.....DNI.....  
declara bajo juramento que:

**PARA EL TITULAR**

**HA PERCIBIDO / PERCIBE / NO PERCIBE**

(señalar con un círculo lo que corresponda)

- a) Beneficio Previsional o Haber de Retiro, de alguna naturaleza, proveniente de cualquier Régimen de Previsión Nacional, Provincial o Municipal (Art 4 del Decreto 894/2001)

En caso afirmativo deberá indicar tipo de beneficio, importe y fecha de alta y/o baja:  
.....

**HA PERCIBIDO / PERCIBE / NO PERCIBE**

(señalar con un círculo lo que corresponda)

- b) Beneficio establecido por el programa Jefes de Hogar creado por el Decreto 565/02 y demás normativa dictada al respecto y/o cualquier otro tipo de beneficio o subsidio asistencial proveniente del Estado Nacional, Provincial o Municipal.

En caso afirmativo deberá indicar tipo de beneficio, importe, fecha de alta y/o baja  
.....

Al respecto manifiesta expresamente conocer los requisitos, incompatibilidades y penalidades establecidos por las normas que rigen en la materia.

Buenos Aires, de de 20.....-.

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

AUTORIDAD DE GENDARMERIA NACIONAL CERTIFICANTE.....