



Universidad Autónoma
de Entre Ríos

COMPENSACIÓN POR GASTOS DE TRASLADO DOCENTE
DECLARACIÓN JURADA

Fecha Actual: / /

Apellido y Nombres: _____

Documento Tipo: _____ N° _____

Domicilio: _____

Departamento: _____ Localidad: _____

Fecha Inicio de Actividad: / / Fecha de Finalización de Act.: / /

Establecimiento: _____

Departamento: _____ Localidad: _____

El/la abajo firmante DECLARA BAJO JURAMENTO que, a los fines de la percepción de la compensación por gastos de traslado, recorre hasta el establecimiento donde presta efectivamente servicios:

LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES	
KM		KM		KM		KM		KM	
IDA	VTA.	IDA	VTA.	IDA	VTA.	IDA	VTA.	IDA	VTA.

FIRMA DEL AGENTE

AUTORIDAD COMPETENTE
(Firma y aclaración o sello)