



Provincia de Santa Fe
Ministerio de Educación
Dirección General de Recursos Humanos

DECLARACION JURADA DE FAMILIARES A CARGO

Lugar y fecha:.....

Sr./a Director/a

Escuela Nº.....

PRESENTE

El /la que suscribe.....D.N.I.
Nºpersonal docente/ no docente del establecimiento, manifiesta a
Usted que las personas que están a mi cargo, para cualquier trámite de "Atención de Familiar
Enfermo" que realice ante la Dirección General de Salud Laboral del Ministerio de Educación
de la Provincia de Santa Fe, son las siguientes:

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I. Nº	GRADO DE PARENTESCO	CONVIVE(SI/NO)

Aprovecho la oportunidad para saludarla con atenta consideración.

.....
FIRMA

.....
DOCUMENTO