



Universidad Autónoma  
de Entre Ríos  
Facultad de Ciencia y Tecnología

COMPENSACION POR GASTOS DE TRASLADO DOCENTE  
DECLARACION JURADA

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Documento Tipo: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Domicilio: Asunto: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE  
DE SEDE