

ANEXO I RESOLUCION 6644/19

En la fecha me notifico de lo establecido en la Resolución N° 6644/19 y solicito: (Marcar con un X en la opción seleccionada)

<input type="checkbox"/>	Se acepte mi renuncia definitiva
<input type="checkbox"/>	Se acepte mi renuncia condicionada a los Decretos 8820/62 y 1445/69
<input type="checkbox"/>	Permanecer hasta los 65 años de edad, según lo dispuesto en el artículo 137º del Estatuto de la Universidad
<input type="checkbox"/>	Solicitar el cierre de cómputos en los términos del Decreto-Ley 9650 de la Prov. de Buenos Aires y la Resolución 6644/19 de la Universidad

La presente debe ser tomada desde: ___/___/___

La fecha en la que renuncia se hará efectiva, no podrá ir más allá de los 30 días corridos del presente formulario por parte del interesado.

Dejo constancia que me desempeñé en las siguientes Unidades Académicas de esta Universidad:

1	
2	
3	
4	
5	

Percibe beneficio jubilatorio SI-NO. Caja _____

Firma _____

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

Teléfono:

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son ciertos. Declaro recibir constancia recepción, por parte de la Dirección del Certificaciones Previsionales, de Domicilio Electrónico constituido *:

la opción formulada.

La Plata, ___ de _____ de _____