

**ANEXO I RESOLUCION 6644/19**

En la fecha me notifico de lo establecido en la Resolución Nº 6644/19 y solicito: (Marcar con un X en la opción seleccionada)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Se acepte mi renuncia definitiva |
|  | Se acepte mi renuncia condicionada a los Decretos 8820/62 y 1445/69 |
|  | Permanecer hasta los 65 años de edad, según lo dispuesto en el artículo 137º del Estatuto de la Universidad |
|  | 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 desempeño/é 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 Mesa General de Entradas y Archivo, de** |

Domicilio Electrónico constituido \*:

# la opción formulada.

La Plata, de de