

GUIA PARA LLENAR DOCUMENTOS NOMBRAMIENTO DE SUPERVISIÓN DE PRÁCTICA DOCENTE



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
DECLARACIÓN JURADA PARA EL CONTROL DE NUEVOS INGRESOS Y REINGRESOS

I PARTE: DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Identificación: _____ Teléfono: _____
Sexo: Femenino: ____ Masculino: ____ E-mail: _____
Nombre de la Unidad de la UCR donde laborará: _____
Fecha en la que registró el nombramiento: ____/____/____

II PARTE: CONTROL DE RÉGIMEN DE PENSIONES
Se entiende por servidor (a) del Régimen de Pensiones del Magisterio Nacional a todas aquellas personas docentes o administrativas que hayan laborado para el MEP (Centros Educativos públicos y privados reconocidos), INA, ITCR, UNA, UNED, UCR, CONARE, CATIE, CUC y CUN Limón. Una vez leído esto, favor contestar las siguientes preguntas:

1. Ocupó usted algún puesto como servidor(a) del Magisterio Nacional ANTES del 15 de julio, 1992? SI ____ NO ____
Si su respuesta es afirmativa indique por favor:
a) Fecha de inicio del primer nombramiento: ____/____/____
b) Nombre de la institución donde laboró: _____
c) Fecha aproximada de cese: ____/____/____
d) Puesto desempeñado: _____ INTERINO: ____ PROPIEDAD: ____

2. Ocupó usted algún puesto como servidor (a) del Magisterio Nacional DESPUÉS del 15 de julio de 1992? SI ____ NO ____
Si su respuesta es afirmativa indique por favor:
a) Fecha de inicio del primer nombramiento: ____/____/____
b) Puesto desempeñado en ese primer nombramiento: _____
c) Favor especifique si fue como docente ó administrativo. _____
d) Nombre de la institución donde laboró: _____

3. Renunció usted al Régimen del Magisterio y se trasladó al régimen de I.V.M de la C.C.S.5? SI ____ NO ____
Si su respuesta es afirmativa indique por favor:
a) Fecha en que presentó la renuncia: ____/____/____
b) Institución donde laboraba: _____
c) Reingresó al Régimen del Magisterio durante el plazo que se habilitó para ello (Junio y Julio de 1997)? SI ____ NO ____

4. Ha sido anteriormente funcionario (a) de la Universidad de Costa Rica? SI ____ NO ____

5. Es usted pensionado (a)? SI ____ NO ____
Si su respuesta es afirmativa indique por favor:
a) Nombre de la institución donde laboró: _____
d) Puesto desempeñado: _____ ADMINISTRATIVO: ____ DOCENTE: ____

OBSERVACIONES:

III PARTE: DECLARACIÓN JURADA
Declaro bajo juramento, para efectos de las Leyes de Pensiones #2248, #7268 y #7302, #7531 y #8721, que los datos consignados son ciertos y asumo la responsabilidad legal que pudiere derivarse por el suministro de datos falsos ó inexactos.

Firma: _____ Cédula: _____
Fecha: ____/____/____

Este documento es la declaración de nuevos ingresos para la continuidad del tiempo que se reconoce para la pensión. Llène toda la información que se le pide y no olvide poner fecha y firma.



GUIA PARA LLENAR DOCUMENTOS NOMBRAMIENTO DE SUPERVISIÓN DE PRÁCTICA DOCENTE

		UNIVERSIDAD DE COSTA RICA		Oficina de Recursos Humanos		No. _____										
DECLARACION JURADA DE HORARIO Y JORNADA DE TRABAJO																
Nombre del funcionario(a):			Número de cédula:		Número de teléfono del domicilio:											
Unidad Académica o Administrativa: Escuela de Formación Docente			Dirección electrónica:													
A continuación declaro los horarios y jornadas convenidos con:																
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA (sea como docente y/o administrativo)																
Lugar de Trabajo	Cargo o Categoría	Jornada de Trabajo	Vigencia del nombramiento:		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
			Desde	Hasta	De	A	De	A	De	A	De	A	De	A	De	A
OTRAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, PRIVADAS Y FUNDACIONES																
Lugar de Trabajo	Cargo o Categoría	Jornada de Trabajo	Vigencia del nombramiento:		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
			Desde	Hasta	De	A	De	A	De	A	De	A	De	A	De	A
Observaciones:																
Declaro bajo juramento que los datos proporcionados en este documento son ciertos y que conozco las sanciones establecidas por la legislación institucional y nacional vigentes, que se refieren a la declaración falsa u omisión de las jornadas y horarios laborales aquí consignados.																
Firma del Funcionario(a) Declarante		Superior Jerárquico Unidad														

- **Vigencia: Del 10/8 al 13/10/2020.**
- **Distribuir las horas de supervisión fuera del horario del colegio.**
- **Otras instituciones: Desglosar el horario que le asigna el colegio.**
- **No olvide poner fecha y firmar.**