



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL  
 CÁMARA DE DIPUTADOS  
 DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
 UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL  
 SECCIÓN DE REGISTRO DE PERSONAL

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN  
 JURADA DE INEXISTENCIA DE  
 INCOMPATIBILIDAD POR LA FUNCIÓN  
 PÚBLICA**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	NOMBRE COMPLETO
NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	CÉDULA DE IDENTIDAD	EXPEDIDO EN :

En cumplimiento al Artículo 234 núm. 5; Artículo 236 núm. III de la Constitución Política del Estado, Artículo 11 de la Ley 2027 y de los Artículo 16, 50 del Reglamento Interno del Personal, declaró lo siguiente:

- Vinculación matrimonial con algún funcionario activo de la Cámara de Diputados.

SI	NO
- Vinculación de unión libre o de hecho con algún funcionario activo de la Cámara de Diputados.

SI	NO
- Parentesco con algún funcionario activo de la institución (Hasta 4° grado de consanguinidad):

SI	NO
- Parentesco con algún funcionario activo de la institución (Hasta 2° grado de afinidad):

SI	NO
- Si percibe ingresos por: Rentas por Jubilación, Salarios, Consultoría de Línea o Producto y otros recursos del TGN.

SI	NO
- SI SU RESPUESTA ES "SÍ" ACLARE DE DONDE ES LA DOBLE PERCEPCIÓN.
- Anteriormente usted trabajó en la Cámara de Diputados.

SI	NO
- Alguna vez trabajó en una entidad pública o privada:

SI	NO
- SI SU RESPUESTA ES "SÍ" DESCRIBA EL NÚMERO DE NUA O CUA DE LA AFP's.

*\* EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE*

**CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES QUE FIGURAN EN ESTE FORMULARIO SON VERACES, EXACTAS Y COMPLETAS. SOY CONSCIENTE DE QUE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA U OMISIÓN INTENCIONAL DE LOS DATOS QUE SE ME PIDEN ES UNA FALTA GRAVE Y FACULTARIA A LA ENTIDAD PARA TOMAR MEDIDAS CORRESPONDIENTES CONFORME A LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE.**

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ACLARANTE

\_\_\_\_\_  
 LUGAR Y FECHA DE LLENADO