**FORMULARIO**

 **SOLICITUD RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS**

**DATOS DEL DOCENTE**

**Apellido y Nombre:**

**Domicilio:**

**CUIL:**

**e-mail:**

**Teléfono:**

**Periodo Reconocido:**

**Fecha de Alta: ………/………./………**

**Fecha de Baja: ………/………./………**

**Situación de revista: Titular**

**Interino**

**Suplente**

**Establecimiento:**

**Sección:**

**Nivel Educativo:**

**Turno:**

**Cargo y/o horas cátedras: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………**

**Espacio Curricular:**

**En reemplazo de el/la docente:**

**Legajo:**

**Licencia N°:**

**Observaciones: …………….…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…………..…**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma aceptación del docente Firma responsable

**DOCUMENTACION OBLIGATORIA:**

**1) Fotocopia DNI **

**2) Partida de Nacimiento **

**3) Constancia de CUIL **

**4) Acta de ofrecimiento **

**5) Acta de toma de posesión N° **

**6) Declaración Jurada del Docente **

**7) Certificado de Actitud Física **

**8) Certificado de Antecedentes **

**9) Copia Certificada del título o Certificado Analítico **

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma responsable de recepción de documentación

**SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA, ……………………………………………..…………..**

* Autorizo la continuidad del trámite.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Secretario/a de Educación

**(La Dirección del Establecimiento Educativo es responsable de generar la información completa solicitada para la continuidad del trámite)**