



**FORMULARIO**  
**SOLICITUD RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS**

**DATOS DEL DOCENTE**

Apellido y Nombre:

CUIL:

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

Periodo Reconocido:  
Fecha de Alta: ...../...../.....  
Fecha de Baja: ...../...../.....

Situación de revista: Titular   
Interino   
Suplente

Establecimiento:

Turno:

Nivel Educativo:

Sección:

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  | <input type="checkbox"/> |
| 2) Partida de Nacimiento                                | <input type="checkbox"/> |
| 3) Constancia de CUIL                                   | <input type="checkbox"/> |
| 4) Acta de ofrecimiento                                 | <input type="checkbox"/> |
| 5) Acta de toma de posesión N°                          | <input type="checkbox"/> |
| 6) Declaración Jurada del Docente                       | <input type="checkbox"/> |
| 7) Certificado de Actitud Física                        | <input type="checkbox"/> |
| 8) Certificado de Antecedentes                          | <input type="checkbox"/> |
| 9) Copia Certificada del título o Certificado Analítico | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
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)