**FORMULARIO**

 **REINTEGRO DOCENTE**

**DATOS DEL DOCENTE**

**Apellido y Nombre:**

**Domicilio:**

**CUIL:**

**e-mail:**

**Teléfono:**

**Situación de revista: Titular**

**Interino**

**Suplente**

**Fecha de Reintegro: ………/………./………**

**Legajo:**

**Establecimiento:**

**Sección:**

**Nivel Educativo:**

**Turno:**

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

**Espacio Curricular:**

**Licencia N°:**

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

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

 Firma del Docente Firma Responsable Firma Secretario/a

 **Nota:** Paraformación de Expte. Adjuntar Acta de Reintegro y Certificado de Alta Médica, en caso de ser necesario.