

FORMULARIO

REINTEGRO DOCENTE

DATOS DEL DOCENTE

Apellido y Nombre:

CUIL:

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

Fecha de Reintegro:/...../.....

Situación de revista:

Titular

Interino

Suplente

Legajo:

Establecimiento:

Turno:

Nivel Educativo:

Sección:

Cargo y/o horas cátedras:

.....
.....
.....
.....

Espacio Curricular:

Licencia N°:

Observaciones:

.....
.....

Firma del Docente

Firma Responsable

Firma Secretario/a

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