

**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.