

ANEXO I – SOLICITUD DE TRASLADO

Esta solicitud tiene carácter de Declaración Jurada

APELLIDO Y NOMBRE (1): .....  
DOCUMENTO: ..... DOMICILIO: ..... LOCALIDAD: .....  
DEPARTAMENTO: ..... Teléfono: .....

NOMBRE TÍTULO NIVEL MEDIO O SUPERIOR (2)

Escuela de la que solicita Traslado	ÁREA/S de las Horas o cargo que solicita el traslado	Bonificación por ZONA	Cambio de Funciones		LICENCIA SIN GOCE (3)		CAUSAL (4)	FIRMA Y SELLO DIRECTIVO	Sello de la Institución
			SI	NO	SI	NO			

Se recuerda que el Directivo con su firma y sello avala los datos consignados por el docente.

- CAUSALES DE TRASLADO (4)
- ☐ I. Motivos de salud
- ☐ II. Necesidades núcleo familiar
- ☐ III. Ubicación Escuela-Distancia al domicilio
- ☐ IV. Concentración
- ☐ V. Otros

ÁREA/S en la que posee competencia y Bono de Puntaje: .....  
Región (5): Norte ☐ Sur ☐ Provincia ☐

CAUSAL I- Motivos de Salud (6)

1º Enfermedad del agente. El programa de Salud Laboral certifica que la razón de traslado por razones de enfermedad del agente, reviste el Grado:	Atención de salud de hijos y cónyuge. El programa de Salud Laborar que la necesidad de traslado por atención de familiar enfermo, se corrobora con las certificaciones presentadas
<div><input type="checkbox"/> 1- LEVE</div> <div><input type="checkbox"/> 2- MODERADO</div> <div><input type="checkbox"/> 3- GRAVE</div>	
<div>Firma y sello del profesional</div> <div>Sello Prog. Salud Laboral</div>	<div>Firma y sello del profesional</div> <div>Sello Prog. Salud Laboral</div>

En el presente instructivo se especifican los puntos que pueden presentar dudas: (1) Datos personales: es importante el número de teléfono para poder localizar al docente en caso de ser necesario. (2) Colocar el nombre completo de los títulos de Nivel Medio, Superior, Terciario y/o Universitario.	(3) Consignar las licencias sin sueldo por razones particulares (Art. 52). (4) Consignar el ítem correspondiente a la causal invocada. (5) Marcar la región a la que desea trasladr. Sur: gral. Alvear- San Rafael- Malargüe (6) Por enfermedad del agente o familiar, debe estar certificada por el Programa de Salud Laboral.
---	--

Escuela en la que presenta la Documentación: .....  
Otras escuelas en que se inscribe: .....

Ull

MR

FIRMA SOLICITANTE

FECHA