

**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
  - IV. Concentración
  - II. Necesidades núcleo familiar
  - V. Otros
  - III. Ubicación Escuela-Distancia al domicilio

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 Laboral que la necesidad de traslado por atención de familiar enfermo, se corrobora con las certificaciones presentadas

- 1- LEVE
- 2- MODERADO
- 3- GRAVE

Firma y sello del profesional	Sello Prog. Salud Laboral	Firma y sello del profesional	Sello Prog. Salud Laboral
-------------------------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------

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 trasladarse. 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: \_\_\_\_\_

FIRMA SOLICITANTE

FECHA

