



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

EX-2018-01834799

Resolución N°

ANEXO I

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD **MUY IMPORTANTE**

En el caso de docentes que se desempeñen en escuelas del 40% de zona o de más zona y tengan solo un año calendario de actuación en esa escuela no se consideraran las causales, solo se computa la antigüedad en la escuela en días y desempata por antigüedad en la docencia.

- 1.-Los docentes, una vez que han cumplimentado el formulario de solicitud de traslado, a su entrega al directivo correspondiente, deberán solicitar la constancia de recibo donde consignará: lugar, fecha, hora, firma y sello del mismo.
- 2.-La solicitud deberá ser firmada por el docente, director y supervisor en los lugares consignados cumpliendo los plazos establecidos en la presente resolución.
- 3.- Las solicitudes deben ser firmadas solamente por el inspector de la especialidad que corresponda.
- 5.- Se les recuerda a los docentes que efectuaron permuta que no pueden participar del movimiento de traslado hasta cumplidos **dos** años calendario después de la misma.

PUNTAJES ASIGNADOS:

1-Causas

Distancia
de 0 a 14 Kms. -> 0 punto
de 14 Kms a 30 Kms. -> 1 punto.
de 30 Kms a 60 Kms.-> 2 puntos.
de 60 Kms a 100 Kms. -> 3 puntos.
de mas de 100 Kms. -> 4 puntos.

Salud
de Familiares.-> 1 punto.
del Docente:Leve-> 1 punto.
del Docente:Moderada-> 2 puntos.
del Docente:Extrema-> 3 puntos.

Zona
del 40% -> 0,5 puntos.
del 80% -> 0,75 puntos.
del 100% -> 1 punto.

Otras Causas

Lactancia. -> 1 punto.
Integración al núcleo familiar. -> 1 punto.
Causa económica. -> 1 punto.
Incompatibilidad con la Escuela. -> 1 punto.
Dificultad con el medio de transporte.-> 1 punto.

Único sostén de familia. -> 1 punto.
Razones de estudio. -> 1 punto.
Régimen de jornada completa**. -> 1 punto.
****Solamente escuelas albergues o de frontera--**
Reubicación por excedente. -> 1 punto.
Embarazo.-> 1 punto.

En caso de empate en el puntaje total, se desempata:

1. Por el puntaje de las causales.
2. Por el puntaje de antigüedad en la escuela actual.
3. Por el puntaje de la antigüedad total en la docencia.



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

EX-2018-01834799

Resolución N°

///...

ANEXO I
SOLICITUD DE TRASLADO

Convocatoria: TRASLADOS 2019. Lugar y Fecha:

Cualquier dato erróneo o falso consignado en la solicitud de traslado, dará lugar a la anulación del pedido y la remisión de los antecedentes a Junta de Disciplina, para su consideración como falta docente.

1		DATOS PERSONALES DEL DOCENTE: EDUCACIÓN INICIAL	
APELLIDO Y NOMBRES:		DNI:	
DOMICILIO:			
DEPARTAMENTO		TELEFONOS:	
TITULO POR EL QUE EJERCE AL CARGO ACTUAL:			
TIPO DE TITULO: Docente <input type="checkbox"/> Habilitante <input type="checkbox"/> Supletorio <input type="checkbox"/>			
ESTA CON CAMBIO DE FUNCIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MOTIVO _____		FECHA:/...../.....	
Consignar el motivo y la fecha por el cual se otorga cambio de funciones			
Cargo Docente Titular: <u>Ayuda: Ejemplo: Maestro de Sala, Maestra de Música, etc</u>			
2		FECHA DE TOMA DE POSESION COMO TITULAR EN LA DGE	
DIA: _____		MES: _____ AÑO: _____ N° RESOLUCION: _____	
3		ESCUELA EN LA QUE ES TITULAR <i>*Si esta con Traslado Transitorio DEBE colocar la escuela de su cargo de base</i> <i>**No incluir Radio</i>	
Número de Escuela: _____		Nombre de Escuela y zona**: _____ Departamento: _____	
ATENCION: Si esta con un Traslado Transitorio, debe colocar la fecha de ingreso en la escuela donde es Titular de su cargo, NO colocar la fecha de ingreso del traslado transitorio			
Fecha de ingreso en la escuela actual: DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____		N° RESOLUCION: _____	
Por Designación: _____		Por Reincorporacion (Ley 4934): _____	
Por Permuta: _____		Por Reincorporación (causas políticas o gremiales): _____	
Por Traslado: _____		Por Reubicación: _____	
4		SI ES DOCENTE REUBICADO	
Número, nombre y zona de escuela: _____		Departamento: _____	
Fecha de ingreso como Titular en la escuela donde resulto EXCEDENTE: / /		Resolución N° _____	
5		ANTIGÜEDAD EN LA ESCUELA DONDE RESULTO EXCEDENTE:	
Años: _____ Meses: _____		N° RESOLUCION: _____	
Días: _____			
Los datos de antigüedad se informarán al 31 de Mayo del año en curso y en todos los casos se descontarán los períodos sin goce de sueldo que el docente hubiere tomado. En los casos de reincorporación, si se traslada por primera vez, después de la misma, deberá sumar el periodo en que fue titular en la escuela donde renunció o fue dejado cesante.			
Esta Dirección certifica la veracidad de los datos consignados en los items 3 y 5. (Todo error en esos items será responsabilidad del certificador)			
SELLO ESCUELA		FIRMA Y SELLO DIRECTOR	

///...



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

EX-2018-01834799

Resolución N°

ANEXO I
- 2 -

6

CAUSAS DE TRASLADOS

IMPORTANTE: Solamente llenan causales los docentes que tengan más de 2 años como Titular de la Escuela actual.

6.1-DISTANCIA

Más de 14km hasta 30km (1 punto)	<input type="checkbox"/>	Más de 60km hasta 100km (3 pts)	<input type="checkbox"/>
Más de 30km hasta 60km (2 puntos)	<input type="checkbox"/>	Más de 100km (4 pts)	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x

6.2-ATENCION SALUD DE FAMILIARES

Atención Salud de hijos, cónyuge o padres a su único cuidado (1 punto)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Ayuda: Adjuntar el certificado médico.

SALUD LABORAL CERTIFICA QUE LA NECESIDAD DE TRASLADO POR ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO SE CORROBORÓ CON LAS CERTIFICACIONES PRESENTADAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sello Salud Laboral	Sello y firma del profesional

6.3-SALUD DEL DOCENTE

Ayuda: Adjuntar el certificado y estudios médicos.

Leve (1 punto)	<input type="checkbox"/>	Moderado (2 puntos)	<input type="checkbox"/>	Extrema (3 puntos)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

SALUD LABORAL CERTIFICA QUE LA NECESIDAD DE TRASLADO POR RAZONES DE ENFERMEDAD DEL DOCENTE REVISTE NECESIDAD:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sello Salud Laboral	Sello y firma del profesional

6.4-LACTANCIA

Niños nacidos al 31 de mayo del presente año (1 punto)	<input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento del hija/a:.....
---	--------------------------	--------------------------------------

Ayuda: Adjuntar partida de nacimiento

6.5-OTRAS CAUSAS

Ayuda: Cada ítem seleccionado debe estar certificado por autoridad competente. Cada ítem seleccionado tiene el valor de 1 punto.

Integración al núcleo familiar	<input type="checkbox"/>	Incompatibilidad en la escuela	<input type="checkbox"/>
Razones de estudio	<input type="checkbox"/>	Reubicación por excedente	<input type="checkbox"/>
Dificultad con el medio de transporte	<input type="checkbox"/>	Causa económica	<input type="checkbox"/>
Único sostén de familia ¹	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>
Régimen de jornada completa ²	<input type="checkbox"/>		

¹ Presentar certificado del año en curso por autoridad judicial o registro civil

² No es causal de traslados Jornada Extendida. Es causal para docentes de escuelas albergues ó de frontera.

Escuela donde es titular con ámbito urbano-marginal (marque con una X). Debe estar certificado por Director/a ó supervisor/a.

Más de 3 años hasta 6 años	<input type="checkbox"/>	Más de 6 años hasta 10 años	<input type="checkbox"/>	Más de 10 años	<input type="checkbox"/>
2 puntos		3 puntos		4 puntos	

///...



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

EX-2018-01834799

Resolución N°

ANEXO I

- 3 -

CAMBIO DE MODALIDAD O ESPECIALIDAD
(LLENAR SOLAMENTE POR DOCENTES QUE PIDIERON CAMBIO DE MODALIDAD O ESPECIALIDAD)

Número de Expediente que APROBO EL CAMBIO:

Modalidad a la que solicita el CAMBIO:

Especialidad a la que solicita el CAMBIO:

7

Certificación de Antigüedad

Antigüedad Titular

AÑOS:

MESES:

DIAS:

Antigüedad Total

AÑOS:

MESES:

DIAS:

Mendoza,de.....de 2018.

FIRMA

Firma de:

- Sub-dirección de Legajos
 - Delegación Administrativa
 - Sub-delegación Administrativa

FIRMA DEL DOCENTE

ACLARACIÓN

Señor
Supervisor:

Elevo a Ud. la presente solicitud, a los efectos correspondientes.

Lugar y Fecha

Sello de la Escuela

Firma y Sello del Director

Elevo a Junta Calificadora de Méritos correspondientes la presente solicitud para su consideración.

FECHA: _____ / _____ / _____

///...