



ANEXO II

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 una año calendario de actuación en esa escuela no se considerarán las causales, solo se computa la antigüedad en la escuela en días y desempata por antigüedad en la docencia.

- 1.- 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.
- 2.- 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.
- 3.- La solicitud deberá ser firmada por el docente, director y supervisor en los lugares consignados cumpliendo los plazos establecidos en la presente resolución.
- 4.- 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 **cinco** años calendario después de la misma.

1-Datos personales:

- a) Completar con letra imprenta mayúscula.
- b) Modalidad y Especialidad debe ser llenado. Ejemplos:
Nivel: **PRIMARIO- ESCUELA DE EDUCACIÓN INTEGRAL** (lo que corresponda)
Modalidad: **EDUCACIÓN ESPECIAL.**
Especialidad: **MAESTRO DE GRADO- MAESTRO DE MATERIAS ESPECIALES: (aclarar)**

7.- Certificación de antigüedad: este trámite debe ser realizado por el docente personalmente y debidamente certificado en la sección legajos de cada regional administrativa.

PUNTAJES ASIGNADOS:

CAUSAS		
Distancia	Salud	Zona
de 0 a 14 km 0 pto.	de familiares 1 pto.	del 40% 0,5 ptos.
de 14 a 30 kms 1 pto.	del Docente::Leve 2 ptos.	del 80% 0,75 ptos.
de 30 a 60 kms 2 ptos.	del Docente::Moderado 3 ptos.	del 100% 1 pto.
de 60 a 100 kms 3 ptos.	del Docente::Extrema 4 ptos.	
de más de 100 Kms 4 ptos.		



OTRAS CAUSAS			
Lactancia	1 pto.	Único sostén de familia	1 pto.
Integración al núcleo familiar	1 pto.	Razones de estudio	1 pto.
Causa económica	1 pto.	Embarazo	1 pto.
Incompatibilidad con la Escuela	1 pto.	Reubicación por excedente	1 pto.
Dificultad con el medio de transporte	1 pto.	Régimen de Jornada completa	1 pto.

Antigüedad	En caso de empate en el Puntaje Total
<ul style="list-style-type: none">• En la Escuela Actual ::: 1 punto por año.• Total en la Docencia ::: 0,5 puntos por año.	<ul style="list-style-type: none">• Se desempata por puntaje de causales.• Por puntaje de antigüedad en la escuela actual.• Por puntaje de antigüedad total en al docencia.



ANEXO III

SOLICITUD DE TRASLADO EDUCACION ESPECIAL

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.

Convocatoria: TRASLADOS 2020 – EDUCACION ESPECIAL

Lugar: y Fecha:...

DATOS PERSONALES

CARGO TITULAR:

Apellido y Nombres

D.N.I.:

Domicilio:

Departamento:

Teléfono:

Título por el que ejerce al cargo actual:

Categoría del título

Docente ☐
Habilitante ☐
Supletorio ☐

Esta con Cambio de Funciones?

SI ☐
NO ☐

Motivo:

Fecha otorgamiento de Cambios de Funciones:

FECHA DE TOMA DE POSESION COMO TITULAR EN LA DGE

Día: Mes: Año: Nro. Resolución:

ESCUELA EN LA QUE ES TITULAR

Si esta con Traslado Transitorio DEBE colocar la escuela de cargo de base.
Cuando coloque la zona de la Escuela, NO INCLUIR RADIO.

Nro de Escuela: Nombre y Zona:

Departamento:

Fecha de Ingreso en la Escuela Actual:

ATENCIÓN: Si se encuentra con un Traslado Transitorio, debe colocar la fecha de ingreso en la Escuela donde es Titular de su cargo, NO colocar la fecha del alta del Traslado Transitorio.

Día: Mes: Año: Nro. Resolución:

CAUSA DE INGRESO

Por Designación	<input type="checkbox"/>	Por Reincorporación (Ley 4934)	<input type="checkbox"/>
Por Permuta	<input type="checkbox"/>	Por Reincorporación (Causas políticas o gremiales)	<input type="checkbox"/>
Por Traslado	<input type="checkbox"/>	Por Reubicación	<input type="checkbox"/>



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

REUBICACIÓN

Solamente llenar si el Docente es reubicado.

Número, nombre y zona de la escuela

Departamento

Fecha de Ingreso como Titular en la escuela donde resulto EXCEDENTE

Nro.Resolución

ANTIGÜEDAD EN LA ESCUELA DONDE RESULTO EXCEDENTE

Años:

Meses:

Días:

*Los datos de antigüedad se informan al 30 de Junio del año en curso y en todos los casos se descontarán los periodos 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 período en que fue titular en la escuela donde renunció o fue dejada cesante.*

Esta Dirección certifica la veracidad de todos los datos consignados.
Todo error en los datos será responsabilidad del certificante.

Sello de la Escuela

Firma y Sello del Director/a



CAUSAS DE TRASLADOS

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

DISTANCIA

Más de 14km hasta 30km ☐ 1 pto. Más de 60km hasta 100km ☐ 3 pto.
Más de 30km hasta 60km ☐ 2 pto. Más de 100km ☐ 4 pto.

ATENCION SALUD DE FAMILIARES

Atención salud de hijos, cónyuge o padres a su único cuidado. ☐ 1 pto.

Debe Adjuntar certificado médico

SALUD LABORAL CERTIFICA QUE LA NECESIDAD DE TRASLADO POR ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO SE CORROBORA CON LAS CERTIFICACIONES PRESENTADAS	
Sello Salud Laboral	Firma y sello del profesional

ATENCION SALUD DEL DOCENTE

LEVE ☐ 1 pto. MODERADA ☐ 2 pto. EXTREMA ☐ 3 pto.
Debe Adjuntar certificado médico y estudios.

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

LACTANCIA

Niños nacidos al 30 de Junio del presente año ☐ 1 pto.

Adjuntar Partida de Nacimiento

Fecha de Nacimiento



OTRAS CAUSAS

Cada ítem seleccionado debe estar certificado por autoridad competente.
Cada ítem 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 en 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 traslado la "Jornada Extendida", sí es causal para docentes de escuelas albergues o de frontera.

Ámbito Urbano-Marginal

Escuela Donde es titular, debe estar certificado por Directoralor ó Supervisoralor.

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

CAMBIO DE MODALIDAD O ESPECIALIDAD

Llenar solamente por docentes que pidieron cambio de modalidad o especialidad

Número de Expediente que APROBÓ EL CAMBIO:

MODALIDAD a la que solicita cambio:

ESPECIALIDAD a la que solicita cambio:

CERTIFICACIÓN DE ANTIGÜEDAD

Antigüedad Titular Años Meses Días

Antigüedad Total Años Meses Días

<div></div>
Firma

Mendoza, de de 2019.

- Sub-dirección de legajos
- Delegación Administrativa
- Sub-delegación Administrativa

FIRMA DEL DOCENTE

ACLARACION



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

SEÑORA SUPERVISORA:

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

Lugar y Fecha	Sello de la Escuela	Firma y Sello del Director/a
---------------	---------------------	------------------------------

JUNTA CALIFICADORA DE MÉRITOS
DE EDUCACIÓN ESPECIAL:

Elevo a Uds la presente solicitud para su consideración.-

Fecha:/...../.....-

Firma del Inspector Técnico Seccional



ANEXO IV
AUTORIZACIÓN A TERCERO INTERVINIENTE

A: Junta Calificadora de Méritos
de Educación Especial

Ref: Movimiento de Traslado Anual 2020

La/ El que suscribe (Apellido/s y
Nombre/s) DNI N°, docente titular de la Escuela N°
".....", AUTORIZA A el/la Señor/a
.....

(Apellido y Nombre del autorizado) DNI N°a optar por mí un
cargo en el Movimiento de Traslado Anual 2020 en la Escuela N°
..... ".....", del departamento.....,
zona

Declaro por la presente conocer el cuerpo del resolutivo del que forma parte
este anexo, RENUNCIANDO a reclamos devenidos por el mal uso de esta
autorización por parte del autorizado.

Lugar y fecha:

FIRMA.....

Apellido/s y nombre/s:

DNI / CUIL/.....

La presente Autorización tendrá validez SÓLO con la presentación de DNI o
Pasaporte original del autorizado al momento del Acto Público de Movimiento
Anual de Traslado.

A dicho formulario se deberá anexar fotocopia del DNI del autorizado y
autorizante debidamente autenticado.-



Gobierno de la Provincia de Mendoza
República Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Resolución Importada - Con Token

Número: RIT-2019-3430-E-GDEMZA-DGE

Mendoza, Martes 5 de Noviembre de 2019

Referencia: Traslado Anual Educación Especial

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 15 pagina/s.

Jaime Correas
Director General
Dirección General de Escuelas