



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

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 <input type="checkbox"/>
Habilitante <input type="checkbox"/>
Supletorio <input type="checkbox"/>

Esta con Cambio de Funciones?

SI <input type="checkbox"/>	Motivo: _____
NO <input type="checkbox"/>	

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 resultó EXCEDENTE

Nro.Resolución

ANTIGUEDAD EN LA ESCUELA DONDE RESULTÓ EXCEDENTE

Años:

Los datos de antigüedad se informan al 30 de Junio del año en curso y en todos los casos se descontarán los períodos sin goce de sueldo que el docente hubiere tomado.

Meses:

Días:

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 certificador.

Sello de la Escuela

Firma y Sello del Director/a



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

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 | <input type="checkbox"/> 1 pto. | Más de 60km hasta 100km | <input type="checkbox"/> 3 ptos. |
| Más de 30km hasta 60km | <input type="checkbox"/> 2 ptos. | Más de 100km | <input type="checkbox"/> 4 ptos. |

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 CORROBORÓ CON LAS CERTIFICACIONES PRESENTADAS

Sello Salud Laboral	Firma y sello del profesional

ATENCION SALUD DEL DOCENTE

LEVE 1 pto. MODERADA 2 ptos. EXTREMA 3 ptos.

Debe Adjuntar certificado médico y estudios.

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

--	--

LACTANCIA

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

Adjuntar Partida de Nacimiento

..... Fecha de Nacimiento



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

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", si 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

Firma

Mendoza, de 2019.

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

FIRMA DEL DOCENTE

ACLARACION

RIT-2019-3430-GDEMZA-DGE



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

SEÑOR/A SUPERVISOR/A:

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

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



GOBIERNO DE MENDOZA
Dirección General de Escuelas

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.-