



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 ☐

Por Reincorporación (Ley 4934) ☐

Por Permuta ☐

Por Reincorporación (Causas políticas o gremiales) ☐

Por Traslado ☐

Por Reubicación ☐



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.

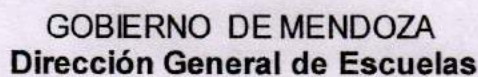
SALUD LABORAL CERTIFICA QUE LA NECESIDAD DE TRASLADO POR ATENCIÓN DE FAMILIAR ENFERMO SE CORROBORA CON LAS CERTIFICACIONES PRESENTADAS	

LACTANCIA

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

Adjuntar Partida de Nacimiento

Fecha de Nacimiento



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

2. No es causal de traslado la "Jornada Extendida", si es causal para docentes de escuelas albergues o de frontera.

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

- Llenar solamente por docentes que pidieron cambio de modalidad o especialidad*

ESPECIALIDAD a la que solicita cambio:

página 13 de 15



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.-