

TOMA DE POSESIÓN Y CESE DE CARGOS Y HORAS

Región	21	Distrito	Tres Arroyos	CFL N°	401	Conveniente	C.G.T.
---------------	----	-----------------	--------------	---------------	-----	--------------------	--------

Cargo:.....
.....

Familia

Profesional:.....
.....

Curso y/o Trayecto Formativo..... N° de
Curso.....

Cantidad de Hs/C semanales :Turno:

Fecha de Inicio Fecha Finalización Duración
Hs/C.....

Datos del Docente a Designar

Apellido y

Nombre:.....
.....

Fecha de Nacimiento: Doc. de Identidad
N°.....

Domicilio: Localidad:
.....

Celular N°..... E-mail:
.....

Situación de Revista:

Tipo de Ingreso:

Continuidad - Acto Publico - Idoneidad - Disposición

Certificados de estudios
Completos.....
.....
.....

Curso de FI
(Especialidad):.....
.....

Certificados de Estudios
Incompletos:.....

Cursos realizados:
.....
.....

HORARIO

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

Lugar/es donde se dicta la asignatura:
.....

Domicilio:
.....

Localidad:
.....

Fecha de Toma de Posesión:

Fecha de Cese:Motivo:
.....

Firma del Docente

Firma y sello del Director

Sello de la Escuela

**Firma Referente de la
Entidad Conveniente**