



PROVINCIA DEL CHACO
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA CIENCIA Y TECNOLOGIA

FORMULARIO PARA SOLICITAR TRASLADO TRANSITORIO

DATOS PERSONALES:

- ❖ Apellido y Nombres:
- ❖ Estado Civil: D.N.I.:
- ❖ Domicilio:..... T.E:
- ❖ Correo Electrónico:.....
- ❖ Localidad: C.P. N°
- ❖ Titulo docente que posee:

DATOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES, CARGOS Y OCUPACIONES:

ESTABLECIMIENTO DONDE REVISTA COMO TITULAR:

- ❖ Institución Educativa N° Categ.: Grupo:.....
- ❖ Dirección:..... Localidad:.....
- ❖ Cargo:.....
- ❖ Antigüedad como titular:..... Fecha de ingreso:.....

ESTABLECIMIENTO DONDE PRESTA SERVICIO ACTUALMENTE:

- ❖ Institución Educativa N°:..... Categ.:Grupo:.....
- ❖ Dirección:.....Localidad:.....
- ❖ Distancia a su domicilio:.....
- ❖ Medios de transporte:.....
- ❖ Fecha de traslado:
- ❖ Inasistencia y Licencias gestionadas durante el último año:.....
.....

OTROS CARGOS QUE DESEMPEÑA:

ESTABLECIMIENTOS AL CUAL PIDE TRASLADO TRANSITORIO:

- ❖ Institución Educativa N°:..... Categ.....Grupo:.....
- ❖ Dirección:..... Localidad:.....
- ❖ Causa:.....
- ❖ Distancia a su domicilio:
- ❖ Medios de transportes:

TRASLADOS TRANSITORIOS OTORGADOS ANTERIORMENTE:

- ❖ Causa:
- ❖ Se desempeña en tareas administrativas: ...Desde: .../.../..... Hasta: .../.../.....

PARTICIPACION EN CONCURSOS DE TRASLADOS DEFINITIVOS:

- ❖ Concurso N°: Resolución N°.....
- ❖ Fecha de efectivización:

RAZONES DE SALUD:

- a) Del Agente
- b) Del cónyuge
- c) De familiares consanguíneos ascendientes y descendientes de 1ª grado

- ❖ Certificado médico expedido por:
- ❖ Tiempo de tratamiento:
- ❖ Antigüedad de la afección:

INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR:

- ❖ Apellido y nombres del cónyuge:
- ❖ Organismo donde presta servicios:
- ❖ Domicilio anterior: Localidad:
- ❖ Localidad a la cual es trasladado:
- ❖ Causa: Fecha del traslado:

OTRAS CAUSAS:
.....
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son veraces y exactos. ME NOTIFICO que cualquier falsedad dejará sin efecto el Traslado otorgado, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias que correspondiere.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma del interesado

INFORME DE LA DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO (Apartado IV - Punto 1.2. de las Normas)

.....
.....

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y Sello del Director

INFORME DEL SUPERVISOR DE ZONA:
.....
.....

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello del Supervisor

DICTAMEN DE LA DIRECCION REGIONAL:
.....
.....

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello del Director
Regional