

ACTA DE DESTINO DE CAMBIO TRANSITORIO DE FUNCIONES

En la Sede de Secretaría de Asuntos Docentes, siendo las _____ del día _____ se hace presente el/la docente _____ Documento N° _____, titular del cargo de _____ del servicio educativo _____ del distrito de _____ a quien la Junta Médica le otorgó CAMBIO DE FUNCIONES (TRANSITORIO – PERMANENTE) (Tachar lo que NO Corresponde)
Desde el día _____ de _____ /20____, hasta el día _____ de _____ /20_____

| DOCENTE TITULAR EN : | | | | SE UBICA EN: | | | |
|----------------------|------|--------------|------------|--------------|------|-----------|---------------|
| DISTRITO | ESC. | CARGO/HS/MOD | ASIGNATURA | DISTRITO | ESC. | FUNCIONES | CARGA HORARIA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA SECRETARIO/A. DE ASUNTOS DOCENTES

ACTA DE DESTINO DE CAMBIO TRANSITORIO DE FUNCIONES

En la Sede de Secretaría de Asuntos Docentes, siendo las _____ del día _____ se hace presente el/la docente _____ Documento N° _____, titular del cargo de _____ del servicio educativo _____ del distrito de _____ a quien la Junta Médica le otorgó CAMBIO DE FUNCIONES (TRANSITORIO – PERMANENTE) (Tachar lo que NO Corresponde)
Desde el día _____ de _____ /20____, hasta el día _____ de _____ /20_____

| DOCENTE TITULAR EN : | | | | SE UBICA EN: | | | |
|----------------------|------|--------------|------------|--------------|------|-----------|---------------|
| DISTRITO | ESC. | CARGO/HS/MOD | ASIGNATURA | DISTRITO | ESC. | FUNCIONES | CARGA HORARIA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA SECRETARIO/A. DE ASUNTOS DOCENTES

ACTA DE DESTINO DE CAMBIO TRANSITORIO DE FUNCIONES

En la Sede de Secretaría de Asuntos Docentes, siendo las _____ del día _____ se hace presente el/la docente _____ Documento N° _____, titular del cargo de _____ del servicio educativo _____ del distrito de _____ a quien la Junta Médica le otorgó CAMBIO DE FUNCIONES (TRANSITORIO – PERMANENTE) (Tachar lo que NO Corresponde)
Desde el día _____ de _____ /20____, hasta el día _____ de _____ /20_____

| DOCENTE TITULAR EN : | | | | SE UBICA EN: | | | |
|----------------------|------|--------------|------------|--------------|------|-----------|---------------|
| DISTRITO | ESC. | CARGO/HS/MOD | ASIGNATURA | DISTRITO | ESC. | FUNCIONES | CARGA HORARIA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA SECRETARIO/A. DE ASUNTOS DOCENTES