

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 MEDICA otorgó Cambio Transitorio de Funciones (transitorio- permanente) tachar lo que no corresponda**

Desde el día ____ de _____ de 20__ , hasta el día ____ de _____ 20_____

DOCENTE TITULAR EN :				PUESTO DE REUBICACION			
DISTRITO	ESC.	CARGO/HS/MOD	ASIGNATURA	DISTRITO	ESC.	FUNCIONES	CARGA HORARIA



FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA SECRETARIO/A. DE ASUNTOS DOCENTE

S.A.D. II - La Matanza

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 MEDICA otorgó Cambio Transitorio de Funciones (transitorio- permanente) tachar lo que no corresponda**

Desde el día ____ de _____ de 20__ , hasta el día ____ de _____ 20_____

DOCENTE TITULAR EN :				PUESTO DE REUBICACION			
DISTRITO	ESC.	CARGO/HS/MOD	ASIGNATURA	DISTRITO	ESC.	FUNCIONES	CARGA HORARIA



FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA SECRETARIO/A. DE ASUNTOS DOCENTES

S.A.D. II - La Matanza