



## DECLARACIÓN DE HORAS CÁTEDRAS DE NIVEL SECUNDARIO, SUPERIOR y MATERIAS ESPECIALES

Detallar horario que se cumple en intervalos de 40 minutos, por Escuela ú Oficina de Servicios y según el turno en que se desarrolla la actividad docente

TURNO	HORA	Esc. / Of. N° <i>Espacio Curricular:</i>						Esc. / Of. N° <i>Espacio Curricular:</i>						Esc. / Of. N° <i>Espacio Curricular:</i>						Esc. / Of. N° <i>Espacio Curricular:</i>											
		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB						
<b>MAÑANA</b>																															
		<b>1473 / 5881 (Inst. / Proy.)</b>																													
<b>TARDE</b>																															
		<b>1473 / 5881</b>																													
<b>VESPERTINO /NOCHE</b>																															
		<b>1473 / 5881</b>																													
		Horas Escuela						Horas Escuela						Horas Escuela						Horas Escuela											

Total de Horas Cátedras 1473 / 5881

Total General de Horas Cátedras

*\* Si se encontrara usufructuando un cambio de función / tareas pasivas o una flexibilización según Ley VIII N°69, Comisión de Servicio – Adscripción, adjuntar copia de Disposición y Resolución.*

*\* En caso de constarse incompatibilidad, omisión y/o falsedad en la declaración de Cargos y Horas Cátedra, por aplicación del Art. 7 de la Ley VIII N° 69, esto es, el emplazamiento para regularizar la situación planteada.*

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_  
Firma del Declarante

Certifico la exactitud de los datos consignados en el presente formulario y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Certificante

Dejo constancia que en el presente formulario no se observa ninguna transgresión a la Ley VIII N° 69. Agréguese al legajo personal de declarante.

**LUGAR Y FECHA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coord. Reg. de Incompatibilidad Docente