SOLICITUD DE REUBICACIÓN DE HORAS TITULARES

Apellido y Nombre: .....

DNI: | | | | | | | | |

El Colegio N° ..... mediante Acta N° ..... de fecha...../...../..... informa el cierre de horas otorgadas por norma legal N° ..... a partir de ...../...../.....

Esp. Curricular	Curso y Div.	Horas	Modalidad	Orientación	Turno

Por lo que solicito se reubiquen en:

Colegio/s	Esp. Curricular	Horas	Curso y Div.	Modalidad	Orientación	Turno

Enviar a Junta de Clasificación Docente de Educación Secundaria antes del 26 de Marzo

.....
Firma del Docente
Lugar y Fecha .... / ..... / .....

.....
Firma del Secretario
Lugar y Fecha .... / ..... / .....

.....
Firma del Director
Lugar y Fecha .... / ..... / .....