GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL CHUBUT | MINISTERIO DE EDUCACIÓN

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS DOCENTES

ESCUELA Nº			
APELLIDO Y NOMBRE		D.N.I	
INGRESO AL ESTABLECIMIENTO		LOCALIDAD	

ESPACIO CURRICULAR	NIVEL/ ORIENT.	CURSO/ DIVISIÓN	TURNO	HS.	SIT.DE REVISTA	ALTA			BAJA			LICENCIA						
						D	M	A	D	M	A	ART	DESDE			HASTA		
													D	M	A	D	M	A

CONCEPTO DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR	PROFESOR		
	CARGOS		

OBSERVACIONES	

LUGAR Y FECHA		

.....

Firma del Secretario o
Supervisor

.....

Firma del Director
de la Escuela

Sello de la Escuela

NOTA: Se recuerda que la presente Certificación de Servicios sólo será válida cuando esté firmada por el Director del establecimiento educativo y refrendada por el Secretario del mismo o por el Supervisor del Nivel.

Habiendo leído los datos precedentes, firmo en conformidad de los mismos

.....

Firma y Aclaración del Docente

.....

Lugar y fecha

CamScanner