

SOLICITUD DE CAMBIO TRANSITORIO DE FUNCIÓN POR ESTADO DE GRAVIDEZ PARA DOCENTES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DANZAS Y EXPRESIÓN CORPORAL Y EDUCACIÓN ESPECIAL

(Artículo 114 d.1.9. Ley 10.579, Decreto 688/93)

REGION		DISTRITO		FECHA	
APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO					
DNI					

CARGO/S AFECTADO/S A LA LICENCIA POR ARTÍCULO 114 D.1.9. LEY 10.579, DECRETO 688/93

<i>Establecimientos</i>	<i>Cargos, Módulos u Horas</i>	<i>Situación de Revista</i>	<i>Firma y Sello de Dirección</i>

La/s Dirección/es del/de los Establecimiento/s, con intervención del/la Inspector/Inspectora de Enseñanza de la Modalidad, **AUTORIZA** el Cambio Transitorio de Función por Estado de Gravidéz que solicita la docente:.....que se extenderá desde el, hasta la iniciación de la licencia reglamentaria por maternidad, o reintegro a su destino de origen., para desempeñarse en
, en el horario de.
(En caso de interrupción del embarazo, la docente deberá comunicar tal situación al superior jerárquico a efectos que se disponga el reintegro a su destino de origen, una vez finalizada la licencia correspondiente).

 Firma de la docente Firma del Director Firma del Inspector Firma de la SAD

GIRESE AL TRIBUNAL DE EDUCACIÓN..... PARA SU APROBACIÓN Y DICTADO DEL ACTO RESOLUTIVO

Documentación probatoria a elevar **únicamente**, a la Dirección de Tribunales de Clasificación:
 Una Planilla de Solicitud de CTF, en original y **por Distrito**
 Certificación médica oficial o particular, en original, que indique el embarazo y la fecha probable de parto