

UNIDAD EDUCATIVA : N°.....NOMBRE:..... SOLICITUD N°.....

Lugar y Fecha:....., .....de .....de .....

**Sr. Director de Dirección de Personal.**

Por la presente, solicito el cierre de curso/grado/nivel.....División/Comisión.....turno..... a partir del ...../...../.....

**Por el cierre dispuesto deberán cesar en sus funciones el siguiente personal docente suplente e interino:**

**DATOS DE LOS DOCENTE**

Apellido y Nombres	DOCUMENTO TIPO Y N°	C.U.I.L N°	ASIGNATURA o EQUIVALENTE	N° de Hs. Régimen	CARACTER

**Se solicita la declaración en disponibilidad al personal docente titular que se desempeñaba en el curso/grado/ nivel y que a continuación se detalla:**

Apellido y Nombres	DOCUMENTO TIPO Y N°	C.U.I.L N°	ASIGNATURA o EQUIVALENTE	N° Hs Rég..	DOMICILIO	Teléfono

**Una vez que el Docente Titular sea notificado de su pase a Disponibilidad deberá presentar dentro de los 10 días hábiles Nota de Reubicación en Junta Calificadora de Méritos y Disciplina y/o Dirección de Nivel.**

.....  
Firma y Sello Director/a - Rector/a

**Toma de Conocimiento de Dirección de Nivel:**

Lugar y Fecha:.....

.....  
Dirección de Nivel