



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida  
e Islas del Atlántico Sur  
República Argentina  
Ministerio de Educación  
Junta de Clasificación y Disciplina  
De Nivel Inicial, Primario, Modalidades y Gabinete

### SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN

LUGAR Y FECHA:.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....

D.N.I.N° .....N° LEGAJO EN JUNTA:.....

DOMICILIO:..... TEL/CEL N°.....

E-Mail:.....

CARGO EN QUE SOLICITA REINCORPORACIÓN:.....

.....

FUE TITULAR DESDE.....HASTA.....

N° DE INSTRUMENTO LEGAL POR EL CUAL SE LE DIO LA BAJA EN EL CARGO TITULAR:.....

RAZONES POR LA QUE SOLICITA REINCORPORACIÓN:.....

.....

.....

.....

ESCUELA/JARDIN DONDE LE INTERESARÍA REINCORPORACIÓN:.....

.....TURNO:.....

#### DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑO

1).....4).....

2).....5).....

3).....6).....

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA: SI/NO

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN