



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.NºNº LEGAJO EN JUNTA:.....

DOMICILIO:.....TEL/CEL Nº.....

E-Mail:.....

CARGO EN QUE SOLICITA REINCORPORACIÓN:.....

.....

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

Nº 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