

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**

Apellidos y Nombres	DOCUMENTO TIPO Y N°	C.U.I.L N°	ASIGNATURA o EQUIVALENTE	N° de Hs.	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.	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**