

**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)

<b>REGION</b>		<b>DISTRITO</b>		<b>FECHA</b>	
<b>APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO</b>					
<b>DNI</b>					

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

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

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