

**DECLARACION JURADA PARA SOLICITUD DE TRASLADO INTERJURISDICCIONAL EN CARGO, HORAS
CÁTEDRA Y/O MÓDULOS - DECRETO LEY 134/09**

(Cumplimentar en letra de imprenta y tantas planillas como sean necesarias en relación a los cargos, asignaturas, espacios curriculares, áreas y/o materias que desee trasladar teniendo en cuenta la indivisibilidad de la carga horaria y el régimen de incompatibilidades vigente en la Jurisdicción de destino)

Apellido y Nombre.....

Documento Tipo.....Nº..... Teléfono..... Cel.....

Domicilio real.....Distrito..... Provincia.....

Domicilio constituido.....Distrito..... Provincia.....

1	ASPIRA TRASLADAR (Traslado N°.....)				
Nivel/Modalidad		Cargo, Asignatura, Espacio Curricular, Materia y/o Área:			
Prov.		Establecimiento:		Cantidad:	Módulos
Antigüedad al 1/01/20..... (adjuntar Certificación de Servicios):					
2	REQUISITOS PARA SOLICITAR TRASLADO				
a) Ser titular	Fecha de toma de posesión (en la cual fue designado titular interino/ley)/...../.....				
b) Situación de revista	b1.-Investigación Disciplinaria Administrativa: Presumario Desde.....hasta..... Sumario Desde.....hasta.....				
	b2.-Proceso Judicial . Desde.....hasta.....				
	b3.-Lic. s/sueldo por causas particulares en el presente año . Desde.....hasta.....				
	b4.- Disponibilidad sin sueldo: Desde.....hasta.....				
c) Cambio de funciones (Ex tareas Pasivas). Desde.....hasta.....					
Ultimo Traslado Interjurisdiccional obtenido Día.....Mes.....Año.....					
Razones (acreditar con la documentación correspondiente): Unidad Familiar.....					
Salud:.....					
3	DESTINOS SOLICITADO PARA EL TRASLADO				
Orden Pref:	NIVEL Y/O MODALIDAD	CARGO, ESPACIO CURRICULAR, ASIGNATURA, MATERIA, ÁREA	REGIÓN	DISTRITO	
1º					
2º					
3º					
4º					
5º					
6º					
7º					
8º					
9º					
10º					
Acepta traslado parcial por insuficiencia de vacantes SI / NO					
Renuncia a la diferencia de carga horaria (Cuando la carga horaria a trasladar es mayor a la que aspira, consignar de puño y letra SI o NO).....					

[Handwritten signature]

Acepta establecimiento de Doble Escolaridad- Jornada Completa(Consignar de puño y letra SI o NO).....

Acepta renunciar a la diferencia jerárquica (En los cargos jerárquicos o directivos sólo se podrá trasladar el cargo de base del Nivel o la Modalidad) SI o NO

Acepta encuadrar el cargo, módulos u horas cátedra a trasladar en el marco normativo de la Jurisdicción receptora, en condiciones equivalentes a las que posee. SI o NO

SITUACIÓN DE REVISTA TITULAR EN ESTABLECIMIENTOS DE GESTIÓN PUBLICA Y/O PRIVADA EN CUALQUIER JURISDICCIÓN

Provincia	Nivel y/o Modalidad	Establecimiento	Cargo	Cantidad	
				Hs. Cátedra	Módulos

TÍTULOS HABILITANTES QUE POSEE (Adjuntar al pedido copia autenticada de los mismos)

TÍTULOS	EXPEDIDO POR	Nº DE REGISTRO

Complete todos los datos requeridos, un original y luego proceda a realizar dos (2) copias certificadas. En caso de solicitar distritos de más de una Región Educativa, deberá agregar tantas copias como Regiones Educativas solicite. Adjunte la Documentación que corresponda.

Total de folios que adjunta:(.....)

Lugar y fecha...../...../.....

.....
Firma del docente

.....
Firma de autoridad interviniente