

**SOLICITUD DE COBERTURA DE CARGOS NIVEL INICIAL Y PRIMARIO
INTERINOS Y/O SUPLENTE**

Escuela /Jardín Nº:.....

Categoría:.....Modalidad:.....Jornada:.....

Zona:.....Localidad:.....Departamento:.....

Domicilio:.....Teléfono:.....

ORIGEN DE LA VACANTE

DATOS DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE:.....D.N.I. Nº:.....

CARGO VACANTE:.....

CARÁCTER DE LA DESIGNACION: INTERINO SUPLENTE

CONSIGNAR EL ORIGEN DE LA VACANTE: Licencia por Ley: Art.: Inc.:

Creación:.....Jubilación:..... Renuncia:..... Cambio de Función:.....

Otros:.....

DURACION DE LA VACANTE: DESDE:.....HASTA:.....

GRADO/AÑO:.....TURNO:.....

FECHA DE LA SOLICITUD:.....

TURNO MAÑANA						TURNO TARDE					
HORA/DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	HORA/DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1 DESDE..... HASTA.....						1 DESDE..... HASTA.....					
2 DESDE..... HASTA.....						2 DESDE..... HASTA.....					
3 DESDE..... HASTA.....						3 DESDE..... HASTA.....					

OBSERVACIONES: El presente formulario deberá ser acompañado por documentación complementaria que justifique la cobertura del cargo, tales como constancia médica, acto administrativo y/o autorización otorgada por MEDIFAN o por las autoridades superiores del Ministerio de Educación respectivamente.

Para el caso de las áreas especiales se deberá consignar el horario de clase.

La falta de cualquiera de la documentación anexa será causal de rechazo por parte de este organismo de la solicitud.