

TP-02

**Toma de Posesión
Reintegro - Cese**

**NIVEL: Educación
Secundaria**

ATENCIÓN: Llenar con letra imprenta y clara

Posesión

Reintegro

Cese

FECHA
(Posesión-Reintegro-Cese)

--	--	--

Datos del Cargo y Distribución

<input style="width: 95%;" type="text"/> Cargo	Decreto N° de Designación																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 35%;">Materia o Espacio Curricular</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Carrera - P/Nivel Superior -</th> <th colspan="3" style="width: 10%;">Situación De Revista</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Cantidad Horas</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Curso</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">División</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Turno</th> </tr> <tr> <th style="width: 3.3%;">T</th> <th style="width: 3.3%;">I</th> <th style="width: 3.3%;">S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Materia o Espacio Curricular	Carrera - P/Nivel Superior -	Situación De Revista			Cantidad Horas	Curso	División	Turno	T	I	S																																					<input style="width: 95%;" type="text"/> Motivo
Materia o Espacio Curricular			Carrera - P/Nivel Superior -	Situación De Revista						Cantidad Horas	Curso	División	Turno																																				
	T	I		S																																													

Datos del Establecimiento Escolar

<input style="width: 95%;" type="text"/> Nombre del Establecimiento Escolar	NÚMERO <input style="width: 40px;" type="text"/>								
<input style="width: 95%;" type="text"/> Domicilio	<input style="width: 95%;" type="text"/> Localidad								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nivel</td> <td style="width: 50%;">Categoría</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inicial</td> <td><input type="checkbox"/> 1ra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Primario</td> <td><input type="checkbox"/> 2da.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundario</td> <td><input type="checkbox"/> 3ra.</td> </tr> </table>	Nivel	Categoría	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> 1ra.	<input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> 2da.	<input type="checkbox"/> Secundario	<input type="checkbox"/> 3ra.	<input style="width: 95%;" type="text"/> Región
Nivel	Categoría								
<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> 1ra.								
<input type="checkbox"/> Primario	<input type="checkbox"/> 2da.								
<input type="checkbox"/> Secundario	<input type="checkbox"/> 3ra.								
	<input style="width: 95%;" type="text"/> Departamento								
	<input style="width: 95%;" type="text"/> Zona								

Datos del Agente

<input style="width: 95%;" type="text"/> Apellido/ s (si es mujer de soltera)	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
<input style="width: 95%;" type="text"/> Nombre/ s	Teléfono <input style="width: 95%;" type="text"/>				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 01-LE <input type="checkbox"/> 03-DNI <input type="checkbox"/> 02-LC <input type="checkbox"/> 04-Pasaporte </td> <td style="width: 50%;"> Número de C.U.I.L. <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 01-LE <input type="checkbox"/> 03-DNI <input type="checkbox"/> 02-LC <input type="checkbox"/> 04-Pasaporte	Número de C.U.I.L. <input style="width: 40px;" type="text"/>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> </td> </tr> </table>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 01-LE <input type="checkbox"/> 03-DNI <input type="checkbox"/> 02-LC <input type="checkbox"/> 04-Pasaporte	Número de C.U.I.L. <input style="width: 40px;" type="text"/>				
<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>				

Firma del / la Docente

Firma del / la Director/a