



CONSEJO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN AL ESCALAFÓN DOCENTE Y/O LISTAS DE INTERINOS

1° APELLIDO		2° APELLIDO	
1° NOMBRE		2° NOMBRE	
Céd. de Indentidad		N° de Cobro	

Como docente:

EFFECTIVO	
INTERINO	

 de la asignatura

--

 me presento a reclamar sobre mi ubicación por los siguientes motivos:

INFORME DE LA DIRECCIÓN LICEAL

El docente fue notificado (según planilla):

DÍA	MES	AÑO

fecha:

--

 firma del Director:

--

INFORME DE INSPECCIÓN DOCENTE

fecha:

--

 firma:

--

INFORME DEPARTAMENTO DOCENTE

fecha:

--

 firma:

--

RESOLUCIÓN DEL ACUERDO DE SECRETARIOS

fecha	firma del Secretario General	firma de la Prosecretaria General