

DECLARACIÓN DE HORAS CÁTEDRA DE NIVEL SECUNDARIO, SUPERIOR y MATERIAS ESPECIALES

Detallar horario que se cumple en intervalos de 40 minutos, por escuela u oficina de servicios y según el turno en que se desarrolla la actividad docente

TURNO	HORA	Esc. / Of. N°						Esc. / Of. N°						Esc. / Of. N°						Esc. / Of. N°						
		Localidad:						Localidad:						Localidad:						Localidad:						
		LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	
MAÑANA																										
		1473 / 5881 (Inst. / Proy.)																								
TARDE																										
		1473 / 5881																								
VESPERTINO /NOCHE																										
		1473 / 5881																								
		<i>Total horas Escuela</i>						<i>Total horas Escuela</i>						<i>Total horas Escuela</i>						<i>Total horas Escuela</i>						

Total de horas cátedra 1473 / 5881

Total General de Horas Cátedras

** Si se encontrara usufructuando un cambio de función / tareas pasivas o una flexibilización según Ley VIII N°69, Comisión de Servicio – Adscripción, adjuntar copia de Disposición y Resolución.*

** En caso de constarse incompatibilidad, omisión y/o falsedad en la declaración de Cargos y Horas Cátedra, por aplicación del Art. 7 de la Ley VIII N° 69, esto es, el emplazamiento para regularizar la situación planteada.*

Declaro bajo juramento que todos los datos consignados son veraces y exactos, de acuerdo a mi leal saber y entender. Asimismo, me notifico que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión dará motivo a las más severas sanciones disciplinarias, como así también que estoy obligado a denunciar dentro de las cuarenta y ocho horas las modificaciones que se produzcan en el futuro.

LUGAR Y FECHA: , / / .

Firma del Declarante

Certifico la exactitud de los datos consignados en el presente formulario y la autenticidad de la firma que antecede. Manifiesto que no tengo conocimiento que en la presente el declarante haya incurrido en ninguna falsedad, ocultamiento u omisión.

LUGAR Y FECHA: , / / .

Firma y sello del Certificante

Dejo constancia que en el presente formulario no se observa ninguna transgresión a la Ley VIII N° 69. Agréguese al legajo personal de declarante.

LUGAR Y FECHA: , / / .

Coord. Reg. de Incompatibilidad Docente