|  |
| --- |
| ACUMULACIÓN DE FUNCIONES |

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS PERSONALES | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | |  | |
| C.I.: | C.C. SERIE: | Nº: | FECHA DE NACIMIENTO:   /  / |
| DOMICILIO: | | TELÉFONO: | |
| LOCALIDAD: | | DEPARTAMENTO: | |

|  |  |
| --- | --- |
| SITUACIÓN FUNCIONAL QUE GENERA ACUMULACIÓN | |
| SI TIENE ACUMULACIÓN APROBADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL INDIQUE Nº DE HS: | | | | |
| CARGOS, ASIGNATURAS Y/O FUNCIONES EN UTU | ÁREA | DEPENDENCIA | CÓDIGO | HS. SEM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | SUB TOTAL HORAS |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARGOS Y/O ASIGNATURAS FUERA DE UTU | DEPENDENCIA | | HS. SEM. |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  | | SUB TOTAL HORAS |  |
|  | | TOTAL HORAS |  |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| SE ADJUNTAN CERTIFICADOS |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| “SE CONSIDERARÁ FALTA GRAVE QUE EL FUNCIONARIO NO GESTIONE SU ACUMULACIÓN DENTRO DE LOS TREINTA PRIMEROS DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DEL ACTO DE ELECCIÓN” (ART. 16.4 DEL ESTATUTO DEL FUNCIONARIO DOCENTE).  ME COMPROMETO A SUSTITUIR DE INMEDIATO ESTE FORMULARIO SI CAMBIARA CUALQUIER DATO DEL MISMO. | |
| LOCALIDAD: | FIRMA DEL INTERESADO |
| FECHA:   /  / |