|  |
| --- |
| SOLICITUD DE TRASLADO DOCENTE |
| FECHA:   /  /  Nº DE TRÁMITE: |

DATOS DEL DOCENTE PETICIONANTE:   
Pueden hacer uso de este formulario aquellos docentes que realizan efectividad.

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| APELLIDOS: | NOMBRES: |
| FECHA DE NACIMIENTO:   /  / | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: |
| DOMICILIO: | DEPARTAMENTO | LOCALIDAD: |
| TELÉFONO | CELULAR: | MAIL: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SITUACIÓN EN LA DGETP | | | | | |
| DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA ACTUALMENTE: | | | | | | | | | | |
| CARGO | ÁREAS | GRADO | CARÁCTER DEL CARGO | | | | | TIPO DE CARGO | | PROYECTOS Y CONVENIOS |
| SUPLENTE | INTERINO | EFECTIVO | | VÍNCULOS LABORALES | BÁSICO | ESCALAFONADO |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATOS DE LA SOLICITUD (solo se puede solicitar traslado en las áreas/cargos en que remite efectividad) | | | |
| CARGO | ÁREAS | MOTIVO DE LA SOLICITUD: | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| CORRESPONDE AL LITERAL B  / LITERAL C  DEL ARTÍCULO 56 DEL ESTATUTO DEL FUNCIONARIO DOCENTE  *Literal C adjuntar obligatoriamente documentación probatoria.* | | | |
| DEPARTAMENTO AL QUE ASPIRA: OPCIÓN 1 | | | OPCIÓN 2 |
| FIRMA: | | | ACLARACIÓN: |

Enviar formulario por mail a: [trasladosdocentesefectivos@utu.edu.uy](mailto:trasladosdocentesefectivos@utu.edu.uy).

INFORME PRIMARIO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Se debe cumplir con lo dispuesto por Res. 4634/2022 – Exp. 2021-25-4-008742.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SITUACIÓN FUNCIONAL | | | |  | | |
| FECHA DE INGRESO DOCENTE EN DGETP:   /  / | | | | DEPARTAMENTO: | | |
| CARGO | ÁREAS | CARÁCTER DEL CARGO | | | CALIFICACIÓN | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | |
| CUMPLE CON EL ART. 56 EFD: SÍ  NO | | | | | | |
| SELLO | | | FIRMA: | | | ACLARACIÓN: |

ART. 56 LITERAL C – ENFERMEDAD

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORME DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PREVENCIÓN SALUD EN EL TRABAJO | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN: |

INFORME DIRECCIÓN TÉCNICA GESTIÓN EDUCATIVA

Se debe adjuntar actas del primer acto de Designación Departamental de horas de las áreas y departamentos solicitados a traslado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| EXISTEN DOCENTES INTERINOS QUE ACCEDIERON A HORAS | | | | |
| OPCIÓN 1 | ÁREA: | | SÍ | NO |
| ÁREA: | | SÍ | NO |
| ÁREA: | | SÍ | NO |
| OPCIÓN 2 | ÁREA: | | SÍ | NO |
| ÁREA: | | SÍ | NO |
| ÁREA: | | SÍ | NO |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INFORME DIVISIÓN JURÍDICA | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN: |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL DOCENTE: | C.I.: |

ART. 56 LITERAL C – RAZONES GRAVES

|  |
| --- |
| COMISIÓN DE TRASLADOS |
|  | |
|  | |
|  | |
| *La comisión solo tendrá que reunirse en casos de solicitudes fuera de fecha y/o por caso excepcionales (Art. 56 C).* | |
| FIRMA: | ACLARACIÓN: |
| FIRMA: | ACLARACIÓN: |
| FIRMA: | ACLARACIÓN: |

INFORME FINAL DEL PROGRAMA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

|  |
| --- |
| INFORME PRIMARIO |
| INFORME PRIMARIO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS | | SÍ | NO |
| INFORME DIRECCIÓN TÉCNICA GESTIÓN EDUCATIVA | | SÍ | NO |
| INFORME DIVISIÓN JURÍDICA | | SÍ | NO |
| INFORME DE DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PREVENCIÓN SALUD EN EL TRABAJO | | SÍ | NO |
|  | | |  |
| ¿ES POSIBLE CONCEDER EL TRASLADO EN LA TOTALIDAD DE ÁREAS DONDE REVISTE EFECTIVIDAD? | | SÍ1 | NO2 |

1Puede continuar el trámite.

2Debería renunciar a aquellas áreas en las que no sea posible conceder el traslado o desistir de dicho trámite.

|  |  |
| --- | --- |
| VISTA | |
| ÁREAS A LAS QUE DEBERÍA RENUNCIAR | DEPARTAMENTO | | NOTIFICADO | |
|  |  | | SÍ | NO |
|  |  | | SÍ | NO |
|  |  | | SÍ | NO |
|  |  | | SÍ | NO |
|  |  | | SÍ | NO |

|  |
| --- |
| INFORME FINAL |
| SE SUGIERE AUTORIZAR EL TRASLADO EN TODAS LAS ÁREAS SOLICITADAS AL DEPARTAMENTO | | SÍ | NO |
| DAR DE BAJA A LAS ÁREAS RENUNCIANTES EN LOS DEPARTAMENTOS | | SÍ | NO |
| DESISTE DEL TRÁMITE | | SÍ | NO |

*Previo caratulado, elévese a la Secretaría General de la Dirección General de Educación Técnico Profesional.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN : |