

Formulario de solicitud docente

Traslado de sede de dedicación total

Servicio	Facultad de Artes
-----------------	-------------------

Nombres	Apellidos
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Características del Cargo o Función Docente			
Esc. Subesc.	Grado	Horas	Nro. de cargo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Concesión Renovación	Período	
	Desde <input type="text"/>	Hasta <input type="text"/>

Fundamentación (adjuntar comprobantes)

Firma solicitante

Aclaración

Fecha

Firma coordinador

Aclaración

Fecha