

Formulario de solicitud docente

Traslado de sede de dedicación total

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

Nombres	Apellidos

Características del Cargo o Función Docente			
Esc. Subesc.	Grado	Horas	Nro. de cargo

Concesión Renovación	Período	
	Desde	Hasta

Fundamentación (adjuntar comprobantes)

Firma solicitante

Aclaración

Fecha

Firma coordinador

Aclaración

Fecha