**ANEXO IV A LA RESOLUCIÓN N°6360/2019**

**FORMULARIO DE OPCIÓN DE TIEMPO COMPLETO**

|  |
| --- |
| Apellido (Si es mujer, Apellido de soltera): |
| Nombres: |
| CUIL N° |
| Domicilio: Localidad: Provincia: |

|  |
| --- |
| Unidad Educativa N° |
| Nombre: |
| CUE N° |
| Código de Oficina: |
| Código de Anexo: |
| Categoría: |
| Zona: |
| Localidad o Paraje: |
| Nivel: |
| Modalidad: |
| Jornada: ***SIMPLE*** |

|  |
| --- |
|  **Denominación del Cargo Situación de Revista** **T I S** |
|  |

**Declaro que opto por el Régimen de Tiempo Completo** según normativa vigente, cumpliendo el

Siguiente horario:

Desde:………………h Hasta: :………………h

Lugar:………………………………………………………………. Fecha: ……../……../……..

**Notificación del Docente:** La firma por parte del o la docente indica la aceptación total que implica la opción de Tiempo Completo según la normativa vigente.

……………………………………… ……………………………………

 Conformidad del Docente Aclaración

 ………………….………………………………….

Firma y sello del Superior Jerárquico

***Observación:*** Adjuntar Declaraciones Juradas de Cargo y si él o la docente acumulara otro cargo, la solicitud de licencia especial sin goce de haberes correspondientes.