Dirección General de
Cultura y Educación

Buenos Aires LA PROVINCIA

SOLICITUD DE ACRECENTAMIENTO

Distrito	**Establecimiento**

DATOS PERSONALES			
Apellido y Nombre		Documento Tipo	Nº
Domicilio real	Localidad	Distrito	Teléfono
Domicilio constituido	Localidad	Distrito	Teléfono

SITUACION DE REVISTA TITULAR

(Consignar la totalidad de cargos, horas cátedras y/o módulos titulares en la jurisdicción de la Pcia de Bs. As. En la docencia de Gestión Pública y Privada)

Distrito	**Nivel y/o Modalidad**	**Establecimiento**	**CARGO**	**Área, Espacio Curricular Asignatura y/o Materia**	**Cantidad**		**Acción estatutaria por la que accedió**					**PUNTAJE DOCENTE AL 01/01/……**	**ANTIGÜEDAD DOCENTE EN EL CARGO DE PROF. EN ESTABLECIMIENTOS DE GESTIÓN PÚBLICA DE LA PCIA. DE BS.AS**	**ANTIGÜEDAD EN LA DOCENCIA DE GESTIÓN PÚBLICA DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES**	**CALIFICACION**		**Firma y sello del Secretario o Director**
					Mód.	**Hs.Cat.**	**Ingreso a la Docencia**	**M.A.D.**	**Titularización Ley 12.609**	**Acrecentamiento**	**Fecha de toma de posesión**				**AÑO**	**CALIFICACION**	

Situación de revista

Sanción disciplinaria- Art.132. Ap.II-inc d,e,f,(E del D). Desde……...hasta…..……
Se encuentra cumpliendo suspensión(Art. 4º Edel D) . Desde……...hasta…..……
Lic, s/sueldo por causas particulares en el presente año Art 114.o . Desde……..hasta…..……
Disponibilidad sin sueldo:Desde……hasta……..
Cambio de Funciones (Ex - Tareas Pasivas) Artículo 121 Estatuto del Docente. Desde…… Hasta……..
Fecha del último Acrecentamiento otorgado:
Fecha de renuncia al último Acrecentamiento otorgado:

TITULOS	**EXPEDIDO POR**	**Nº DE REGISTRO**

SOLICITUD DE ACRECENTAMIENTO

Orden Preferencial	**ESTABLECIMIENTO**	**DISTRITO**	**ÁREA, ESPACIO CURRICULAR, ASIGNATURAS y/o MATERIA** (Consignar según en que se desempeña y con la denominación completa que figura el plan de estudios)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Presto mi conformidad para acrecentar el número de horas cátedras o módulos solicitados (Artículo 72 Inciso b del Estatuto del Docente)

LUGAR Y FECHA……

Firma del Docente	Certifico que la firma que antecede pertenece al/la profesor/a titular del Establecimiento, el/la cual revista en servicio activo total o parcialmente al momento de efectuar la solicitud.	Firma y sello del Secretario o Director	La S.A.D convalida la situación de revista Titular cumplimentada por el/la docente (En caso de no coincidir los datos los mismos deberán ser rectificados
			Firma y sello del S.A.D