RECLAMO M.A.D. / ACRECENTAMIENTO 2016-2017

FECHA: / /

Nº RECLAMO:

DISTRITO ORIGEN:

DISTRITO SOLICITADO:

INSTANCIA: 1º 2º 3º

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI

PUNTAJE TITULAR:

TEL.

CARGO DE BASE A TRASLADAR:

ESCUELA Nº:

CARGO SOLICITADO:

NIVEL / MODALIDAD SOLICITADO:

MOTIVO DEL RECLAMO:

Firma del Docente

CONSERVAR UNA COPIA DE SU RECLAMO.