



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

FECHA:

N° RECLAMO:

DISTRITO  
ORIGEN:

DISTRITO  
SOLICITADO:

INSTANCIA: 

1º	2º	3º

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI

PUNTAJE TITULAR:

TEL.

CARGO DE BASE A  
TRASLADAR:

ESCUELA N°:

CARGO SOLICITADO:

NIVEL / MODALIDAD SOLICITADO:

MOTIVO DEL RECLAMO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Docente

CONSERVAR UNA COPIA DE SU RECLAMO.