



LUGAR Y FECHA

Asunto: Solicitud de TITULARIZACIÓN/ESTABILIDAD LABORAL según Resolución CGE N° 412/23.
(tachar lo que no corresponda)

**A LA PRESIDENTE
CONSEJO GENERAL DE EDUCACIÓN
PROVINCIA DE MISIONES
MTRA. DANIELA LÓPEZ**

Por medio de la presente, quien suscribe se dirige a Usted a efectos de solicitar el beneficio de la TITULARIZACIÓN / ESTABILIDAD LABORAL docente; derecho alcanzado por Acta Acuerdo suscripta entre el gobierno educativo y los sindicatos en Mesa Paritaria; homologado ante Ministerio de Trabajo y Empleo de Misiones mediante Disposición 038/23 y Reglamentado mediante Resolución C.G.E. N° 412/23. A continuación se detallan datos de la vacante e institución en la que presto servicios:

NIVEL MODALIDAD

APELLIDO Y NOMBRE

D.N.I. N°

LOCALIDAD DEPARTAMENTO

ESCUELA	VACANTE	ANTIGÜEDAD DOCENTE	ANTIGÜEDAD EN LA VACANTE	TÍTULO DOCENTE	CARGO / ASIGNATURA	HORAS	TURNO

El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada y cualquier omisión o alteración en los datos será considerada FALTA GRAVE.

FIRMA Y ACLARACIÓN