|  |
| --- |
| SOLICITUD DE TRASLADO DOCENTE |
| FECHA:   /  /    Nº DE TRÁMITE:        |

DATOS DEL DOCENTE PETICIONANTE:
Pueden hacer uso de este formulario aquellos docentes que realizan efectividad.

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| APELLIDOS:       | NOMBRES:       |
| FECHA DE NACIMIENTO:   /  /     | DOCUMENTO DE IDENTIDAD:       |
| DOMICILIO:       | DEPARTAMENTO | LOCALIDAD:       |
| TELÉFONO | CELULAR:       | MAIL:       |

|  |
| --- |
| SITUACIÓN EN LA DGETP |
| DEPARTAMENTO EN EL QUE TRABAJA ACTUALMENTE:       |
| CARGO | ÁREAS | GRADO | CARÁCTER DEL CARGO | TIPO DE CARGO | PROYECTOS Y CONVENIOS |
| SUPLENTE | INTERINO | EFECTIVO | VÍNCULOS LABORALES | BÁSICO | ESCALAFONADO |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|       |       |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |

|  |
| --- |
| DATOS DE LA SOLICITUD (solo se puede solicitar traslado en las áreas/cargos en que remite efectividad) |
| CARGO | ÁREAS | MOTIVO DE LA SOLICITUD: |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| CORRESPONDE AL LITERAL B [ ]  / LITERAL C [ ]  DEL ARTÍCULO 56 DEL ESTATUTO DEL FUNCIONARIO DOCENTE*Literal C adjuntar obligatoriamente documentación probatoria.* |
| DEPARTAMENTO AL QUE ASPIRA: OPCIÓN 1        | OPCIÓN 2       |
| FIRMA: | ACLARACIÓN:       |

Enviar formulario por mail a: trasladosdocentesefectivos@utu.edu.uy.

INFORME PRIMARIO DEL PROGRAMA GESTIÓN HUMANA

Se debe cumplir con lo dispuesto por Res. 4634/2022 – Exp. 2021-25-4-008742.

|  |  |
| --- | --- |
| SITUACIÓN FUNCIONAL |  |
| FECHA DE INGRESO DOCENTE EN DGETP:   /  /     | DEPARTAMENTO:       |
| CARGO | ÁREAS | CARÁCTER DEL CARGO | CALIFICACIÓN |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| CUMPLE CON EL ART. 56 EFD: SÍ [ ]  NO[ ]  |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN:       |

ART. 56 LITERAL C – ENFERMEDAD

|  |
| --- |
| INFORME DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PREVENCIÓN SALUD EN EL TRABAJO |
|       |
|       |
|       |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN:       |

INFORME DIRECCIÓN TÉCNICA GESTIÓN EDUCATIVA

Se debe adjuntar actas del primer acto de Designación Departamental de horas de las áreas y departamentos solicitados a traslado.

|  |
| --- |
| EXISTEN DOCENTES INTERINOS QUE ACCEDIERON A HORAS |
| OPCIÓN 1 | ÁREA:       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| ÁREA:       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| ÁREA:       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| OPCIÓN 2 | ÁREA:       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| ÁREA:       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| ÁREA:       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN:       |

|  |
| --- |
| INFORME DIVISIÓN JURÍDICA |
|       |
|       |
|       |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN:       |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL DOCENTE:       | C.I.:       |

ART. 56 LITERAL C – RAZONES GRAVES

|  |
| --- |
| COMISIÓN DE TRASLADOS |
|       |
|       |
|       |
| *La comisión solo tendrá que reunirse en casos de solicitudes fuera de fecha y/o por caso excepcionales (Art. 56 C).* |
| FIRMA: | ACLARACIÓN:       |
| FIRMA: | ACLARACIÓN:       |
| FIRMA: | ACLARACIÓN:       |

INFORME FINAL DEL PROGRAMA GESTIÓN HUMANA

|  |
| --- |
| INFORME PRIMARIO |
| INFORME PRIMARIO DEL PROGRAMA GESTIÓN HUMANA | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| INFORME DIRECCIÓN TÉCNICA GESTIÓN EDUCATIVA | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| INFORME DIVISIÓN JURÍDICA | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| INFORME DE DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PREVENCIÓN SALUD EN EL TRABAJO | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
|  |  |
| ¿ES POSIBLE CONCEDER EL TRASLADO EN LA TOTALIDAD DE ÁREAS DONDE REVISTE EFECTIVIDAD? | SÍ1 [ ]  | NO2 [ ]  |

1Puede continuar el trámite.

2Debería renunciar a aquellas áreas en las que no sea posible conceder el traslado o desistir de dicho trámite.

|  |
| --- |
| VISTA |
| ÁREAS A LAS QUE DEBERÍA RENUNCIAR  | DEPARTAMENTO | NOTIFICADO |
|       |       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
|       |       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
|       |       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
|       |       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
|       |       | SÍ [ ]  | NO [ ]  |

|  |
| --- |
| INFORME FINAL |
| SE SUGIERE AUTORIZAR EL TRASLADO EN TODAS LAS ÁREAS SOLICITADAS AL DEPARTAMENTO | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| DAR DE BAJA A LAS ÁREAS RENUNCIANTES EN LOS DEPARTAMENTOS | SÍ [ ]  | NO [ ]  |
| DESISTE DEL TRÁMITE | SÍ [ ]  | NO [ ]  |

*Previo caratulado, elévese a la Secretaría General de la Dirección General de Educación Técnico Profesional.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SELLO | FIRMA: | ACLARACIÓN :       |