

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

FORMATO UNICO DE SOLICITUD DE TRASLADOS DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES DE LA
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

SELECCIONE SEGÚN EL CASO	COORDINADOR____ RECTOR____ DOCENTE____
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA	
MUNICIPIO	

INFORMACION GENERA DEL DOCENTE Y/O DIRECTIVO DOCENTE

NOMBRES:	
APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
DIRECCION DE RESIDENCIA:	
BARRIO- MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO	
TELEFONO RESIDENCIA	
TELEFONO CELULAR	
FECHA DE INGRESO EN PROPIEDAD A LA SECRETARIA DE	
MOTIVO(S) DE LA SOLICITUD	

OBSERVACIONES: _____



FIRMA DEL DOCENTE