**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA**

**EVALUACIÓN PERIÓDICA DE DOCENTES**

FACULTAD DE:........................................................................................................................................

SR/A DECANO/A:

Por la presente solicito mi inscripción a la Evaluación Periódica, para la renovación del cargo de Profesores Ordinarios/Docentes Auxiliares Ordinarios conforme lo establecido en la

Resolución N°.....................C.S./C.D.

1°) CARRERAS:

2°) DEPARTAMENTO/INSTITUTO:

3°) AREA:

4°) ASIGNATURA:

5°) CARGO:

6°) DEDICACIÓN:

DATOS DEL DOCENTE

Nombre y Apellido:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Documento Nacional de Identidad:

Domicilio real:

Domicilio electrónico:

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

1. Nombre y Apellido:

2. Documento de Identidad: Domicilio:

1. Piso. Dpto. Teléfono Fax E-Mail:

DOCUMENTACION PRESENTADA

Mencionar el detalle de la documentación digital/digitalizada presentada por el/la postulante. (La documentación debe estar en archivos pdf, ordenada en carpetas que permitan su fácil localización y por

categorías previstas en la normativa vigente:

- Plan de Actividades Docentes: n° de páginas

- Plan de Mayor Dedicación: n° de páginas

- Informe del Docente: n° de páginas

- Documentación probatoria: Consignar carpetas y archivos con números de páginas.

Por último, reconozco que el presente formulario se constituye en una DECLARACIÓN JURADA y

que toda documentación probatoria original podrá ser requerida por el jurado durante los plazos de

evaluación establecidos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA: