



DÍA	MES	AÑO

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN FUNCIONAL

DATOS PERSONALES (a completar por el interesado)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Dependencia	Carácter del cargo <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> NO DOCENTE
Fecha de nacimiento/...../.....	Cédula de identidad	Credencial cívica	Estado civil	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO
Domicilio		Ciudad o localidad		Teléfono	

Otro/s empleo/s: SI NO Especifique lugares: _____

Firma del interesado

Aclaración de firma

EN CASO DE TENER MENORES Y/O DISCAPACITADOS A CARGO DEBERÁ PRESENTAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 HORAS:

- 1) Fotocopia de la cédula de identidad del cónyuge o concubino.
- 2) Fotocopias de las cédulas de identidad de los menores y/o discapacitados que integran el núcleo familiar.

DATOS FUNCIONALES (a completar por la inspección o Dependencia correspondiente)

Correlativo	Ficha de cobro	Denominación del cargo	Carácter del cargo <input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> SUPLENTE <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> CONTRATADO <input type="checkbox"/> PRESUPUESTADO
Inicio de funciones	Esc. N°	Dependencia	Período de suplencia Inicio:/...../..... Cese:/...../.....

Se encuentra en comisión: SI NO (Especificar lugar): _____
 Pernocta en escuela rural: SI NO _____

SELLO

Firma del/la inspector/a jefe/a

Aclaración de firma



DÍA	MES	AÑO

Inspección o dependencia _____

Se hace constar que el/la Sr./a completó y entregó en la inspección/ Dependencia los formularios: « Declaración de Situación Funcional » y « Declaración del trabajador » (BPS)

SELLO
OFICINA
RECEPTORA

Firma

Aclaración de firma