

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA TRASLADOS NO DOCENTES

Departamental

Interdepartamental

1. Datos del solicitante

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento	Cédula de identidad	Domicilio
Departamento	Localidad	Teléfono/s

RADICACIÓN ACTUAL	Dependencia	Departamento

Traslado solicitado por: **Funcionario** **Jefe**

Motivo de la solicitud: Por razones de distancia.
 Por razones de enfermedad certificada (Junta Médica).
 Por asuntos particulares.

1- Cobra compensación por T.C. 20% SI NO

* En caso de haber marcado SI, marque con una cruz la opción correcta

Acepto perder la compensación
 Solo me traslado si mantengo la compensación

2- Cobra compensación por Cocina 20% SI NO / Cobra partida de extensión horaria SI NO

* En caso de haber marcado que sí alguna de las anteriores (ítem 2- cocina o partida) estoy en conocimiento que de salir favorable el traslado solicitado, dejaré automáticamente de percibir dicho beneficio.

Firma del Funcionario
que solicita traslado

Aclaración de firma

Fecha de presentada la solicitud./...../.....

1.2. Informe conceptual de la jerarquía actual acerca del desempeño del aspirante a traslado:

Fecha del informe:/...../.....

Sello

Firma del Jefe

Aclaración de firma

2. Informe de la Inspección Departamental correspondiente (en el Interior) o División Recursos Humanos - Departamento de Personal No Docente (en Montevideo).

Cargo	Grado	Escalafón	Carga horaria

Fecha de ingreso a la radicación actual:/...../.....

Calificaciones homologadas del último trienio	Año:	Año:	Año:	Promedio

Licencias extraordinarias usufructuadas en la actual radicación: **Total de días** _____

Procedimientos disciplinarios aplicados en la actual radicación: _____

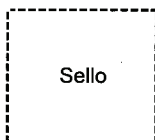
Antigüedad calificada del último trienio

Antigüedad computada en la actual radicación		un punto por cada año
Aptitud funcional		
TOTAL		

Cumple con los requisitos para el traslado: **Sí** **No**

Lugar en el ordenamiento

Fecha:/...../.....



Firma del Jefe responsable

Aclaración de firma

3. Notificación del interesado.

Manifiesta su preferencia por	Dependencia

Fecha de la notificación:/...../.....

Firma del interesado

Aclaración de firma