

**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:/...../.....

_____
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: _____

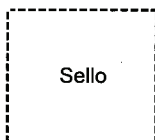
Antigüedad calificada del último trienio

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