



## COMUNICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE AÑOS DE SERVICIO

DEPARTAMENTO DE PERSONAL DOCENTE

DÍA	MES	AÑO

Atento a lo solicitado se procedió a verificar la Foja de Servicio del/la Sr./a .....

.....Maestro(a) .....

del departamento de..... Ficha de cobro.....

Cédula de Identidad.....deducidos..... días de licencia sin sueldo,

se establece como fecha de cumplimiento de los ..... y..... años de labor

docente el día .....

Elévese a la División Gestión Humana.

Sello

Firma

DIVISIÓN GESTIÓN HUMANA

DÍA	MES	AÑO

Con lo informado elévese a consideración del nivel superior jerárquico.

Sello

Firma

CONSEJO DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA

DÍA	MES	AÑO

Pase a informe de la Unidad de Certificaciones y Peritajes Médicos de Codicen y hágase saber.

Sello

Firma

DÍA	MES	AÑO

# DICTAMEN

## DEPARTAMENTO MÉDICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_

Firma del médico

\_\_\_\_\_

Firma del/la solicitante