

FORMULARIO DE RECONSIDERACIÓN DE PUNTAJE

F.R.P. Nº: _____ LISTADO: COMPLEMENTARIO TITULARES INGRESO-INT. Y SUPLENCIAS AREA: _____ . FECHA DE EXHIBICIÓN:

DOCENTE: DNI: _____ NOMBRE Y APELLIDO: _____

EMAIL: TELEFONO:

Se solicita la reconsideración del puntaje otorgado para los siguientes cargos y/o asignaturas: (SE DEBE CONSIGNAR EL PUNTAJE QUE SE ESTIME CORRECTO PARA CADA RUBRO)

CODIGO CARGO/ ASIG.	NOMBRE CARGO/ ASIGNATURA	TB	CONC	OT	CAPRO	A.CULT	A.PED	OANT	ARELA	AAREA	AJUNTA	A.CALIF	OBSERVACIONES

SITUACIÓN DE REVISTA/ASCENSO/TRASLADO: _____

FIRMA ACLARACIÓN y DNI DEL DOCENTE: