REPUBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

**FORMATO DE TRASLADOS ORDINARIOS DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES AL SERVICIO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA**

Apellidos_____Nombres_____

C.C. No. _____Expedida en _____

Cargo_____ Nivel de desempeño. Preescolar_____ Básica Primaria_____

Básica Secundaria Área de _____

Institución o Centro Educativo donde labora_____

Municipio _____

Tiempo de Servicio en la Institución_____

Institución donde desea trasladarse_____

Municipio _____

Motivo de la Solicitud de Traslado_____

_____

_____

_____

_____

Fecha de diligenciamiento del formato_____

Nota: inscribirse enviando este formato al correo sedmagdalenaplanta@gmail.com en la fecha establecida en el cronograma de traslados.

Firma _____

Elaboró: David Pérez P