



## SOLICITUD DE PAGO 7,5 % POR TÍTULO DOCENTE

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INSTITUTO: \_\_\_\_\_

**DATOS:**

<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>
<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE</b>
<b>INGRESO A LA DOCENCIA</b>	<b>INGRESO AL CONSEJO</b>
<b>TELÉFONO</b>	<b>CELULAR</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Docente

**NOTA: EL DOCENTE DEBERÁ ADJUNTAR FOTOCOPIA AUTENTICADA DEL TÍTULO DOCENTE.**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Se eleva a consideración del Consejo de Formación en Educación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Director/a del Instituto