

**SOLICITUD DE PAGO DE COSTO HORARIO**

INSTITUTO: _____

DATOS:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
INGRESO A LA DOCENCIA	INGRESO AL CONSEJO
C. I.	CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO	

SOLICITA EL PAGO DEL COSTO HORARIO AL: _____ GRADO.

NOTA: el docente deberá adjuntar al presente formulario: **constancia de actuación**, emitida por las oficinas de **Personal Docente o Gestión Humana, del subsistema donde registra actuación, la que debe expresar si su desempeño ha sido en forma continua o interrumpida, en cuyo caso deberán especificarse los períodos reales trabajados.** De lo contrario no se dará trámite a la solicitud.-

Fecha: ___/___/___

Firma del Docente

Fecha: ___/___/___

Se eleva a consideración del Consejo de Formación en Educación.

Firma del Director/a del Instituto