



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA TRASLADOS NO DOCENTES

Departamental

Interdepartamental

1. Datos del solicitante

| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|------------------|------------------|---------------|----------------|
| | | | |

| Fecha de nacimiento | Cédula de identidad | Domicilio | |
|---------------------|---------------------|-----------|------------|
| | | | |
| Departamento | | Localidad | Teléfono/s |
| | | | |

| RADICACIÓN ACTUAL | Dependencia | Departamento |
|-------------------|-------------|--------------|
| | | |

Traslado solicitado por: **Funcionario** **Jefe**

Motivo de la solicitud: Por razones de distancia.
 Por razones de enfermedad certificada (Junta Médica).
 Por asuntos particulares.

Fecha de presentada la solicitud:/...../.....

Firma del solicitante

Aclaración de firma

1.2. Informe conceptual de la jerarquía actual acerca del desempeño del aspirante a traslado:

Fecha del informe:/...../.....

Sello

Firma del Jefe

Aclaración de firma

2. Informe de la Inspección Departamental correspondiente (en el Interior) o División Recursos Humanos - Departamento de Personal No Docente (en Montevideo).

| | | | |
|-------|-------|-----------|---------------|
| Cargo | Grado | Escalafón | Carga horaria |
| | | | |

Fecha de ingreso a la radicación actual:/...../.....

| | | | | |
|---|------|------|------|----------|
| Calificaciones homologadas del último trienio | Año: | Año: | Año: | Promedio |
| | | | | |

Licencias extraordinarias usufructuadas en la actual radicación: **Total de días** _____

Procedimientos disciplinarios aplicados en la actual radicación: _____

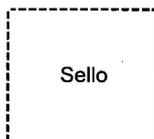
Antigüedad calificada del último trienio

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Antigüedad computada en la actual radicación | | un punto por cada año |
| Aptitud funcional | | |
| TOTAL | | |

Cumple con los requisitos para el traslado: **Sí**
No

Lugar en el ordenamiento

Fecha:/...../.....



Firma del Jefe responsable

Aclaración de firma

3. Notificación del interesado.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Manifiesta su preferencia por | Dependencia |
| | |

Fecha de la notificación:/...../.....

Firma del interesado

Aclaración de firma