



ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PÚBLICA
CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL
CONSEJO DE FORMACIÓN EN EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PERSONAL DOCENTE
SECCION TRÁMITES DOCENTES

SOLICITUD DE PAGO 7,5 % POR TÍTULO DOCENTE

Lugar: _____ Fecha: ___/___/___

INSTITUTO: _____

DATOS:

APELLIDOS Y NOMBRES

CÉDULA DE IDENTIDAD Nº:TELÉFONO:.....

DOMICILIO:

INGRESO A LA DOCENCIA:INGRESO AL CONSEJO:.....

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