



DÍA	MES	AÑO

VÍA 1
FORMULARIO A

SOLICITUD DE ACUMULACIÓN DE FUNCIONES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
Ficha de cobro	C. Identidad	C. Cívica
Domicilio		Teléfono

SITUACIÓN FUNCIONAL REAL

N°	Cargo que ocupa	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
1						
2						
3						
Subtotal de horas						

N°	Segundo Cargo	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
4						
5						
Subtotal de horas						
TOTAL DE HORAS						

* Son aquellas horas por las cuales se percibe el sueldo. No las horas desempeñadas.

OBSERVACIONES.....
.....

Se adjuntan los certificados siguientes:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dpto. Localidad

Firma del docente

Este formulario debe extenderse y ser firmado en cuatro vías.

El funcionario no podrá presentar ninguna reclamación relativa a sus haberes en la División Hacienda, sin exhibir copia de esta declaración.

DÍA	MES	AÑO

Recepción de este formulario en:.....

Sello

Firma responsable



DÍA	MES	AÑO

VÍA 2
FORMULARIO A

SOLICITUD DE ACUMULACIÓN DE FUNCIONES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Ficha de cobro	C. Identidad	C. Cívica	
Domicilio			Teléfono

SITUACIÓN FUNCIONAL REAL

N°	Cargo que ocupa	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
1						
2						
3						
Subtotal de horas						

N°	Segundo Cargo	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
4						
5						
Subtotal de horas						
TOTAL DE HORAS						

* Son aquellas horas por las cuales se percibe el sueldo. No las horas desempeñadas.

OBSERVACIONES.....
.....

Se adjuntan los certificados siguientes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dpto.....Localidad

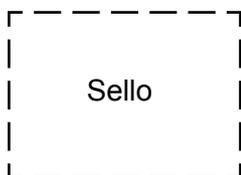
Firma del docente

Este formulario debe extenderse y ser firmado en cuatro vías.

El funcionario no podrá presentar ninguna reclamación relativa a sus haberes en la División Hacienda, sin exhibir copia de esta declaración.

DÍA	MES	AÑO

Recepción de este formulario en:.....



Firma responsable



DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE ACUMULACIÓN DE FUNCIONES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Ficha de cobro	C. Identidad	C. Cívica	
Domicilio			Teléfono

SITUACIÓN FUNCIONAL REAL

N°	Cargo que ocupa	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
1						
2						
3						
Subtotal de horas						

N°	Segundo Cargo	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
4						
5						
Subtotal de horas						
TOTAL DE HORAS						

* Son aquellas horas por las cuales se percibe el sueldo. No las horas desempeñadas.

OBSERVACIONES.....
.....

Se adjuntan los certificados siguientes:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dpto. Localidad

Firma del docente

Este formulario debe extenderse y ser firmado en cuatro vías.

El funcionario no podrá presentar ninguna reclamación relativa a sus haberes en la División Hacienda, sin exhibir copia de esta declaración.

DÍA	MES	AÑO

Recepción de este formulario en:.....

Sello

Firma responsable



DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE ACUMULACIÓN DE FUNCIONES

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
Ficha de cobro	C. Identidad	C. Cívica
Domicilio		Teléfono

SITUACIÓN FUNCIONAL REAL

Nº	Cargo que ocupa	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
1						
2						
3						
Subtotal de horas						

Nº	Segundo Cargo	Carácter del cargo	Fecha toma de posesión	Función que desempeña	Lug. de trabajo	Horas presup. semanales*
4						
5						
Subtotal de horas						
TOTAL DE HORAS						

* Son aquellas horas por las cuales se percibe el sueldo. No las horas desempeñadas.

OBSERVACIONES.....
.....

Se adjuntan los certificados siguientes:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dpto. Localidad

Firma del docente

Este formulario debe extenderse y ser firmado en cuatro vías.

El funcionario no podrá presentar ninguna reclamación relativa a sus haberes en la División Hacienda, sin exhibir copia de esta declaración.

DÍA	MES	AÑO

Recepción de este formulario en:.....

[-----]
Sello
[-----]

Firma responsable