NOTA Nº 21/25

Aimogasta, 08 de Abril de 2025

SR. Director de Educacion

Ministerio de Educacion de La Rioja

Lic. Eduardo Augusto Toledo

SU DESPACHO

La rectoría del C.E.J. A- Aimogasta, tiene el agrado de dirigirse a Usted y por su intermedio a quién corresponda, a efectos de elevar ALTA de la Docente: Lucero de la Fuente, Micaela D.N.I. Nº 43.282.037, en 02 (dos) Horas, en los Espacios Curriculares y Cursos que a continuación se detalla:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPACIO CURRICULAR** | **HORAS** | **CURSOS** | **DIV** | **SEDE** | **MODALIDAD** |
| Lengua Extranjera Ingles | 02 (dos) | 3º | B | AIMOGASTA | SEMIPRESENCIAL |

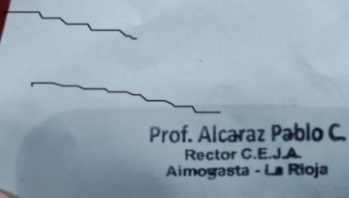
.

Adjuntando la siguiente documentación:

* ND-01
* Certificado médico expedido por MediFam.
* Documentación presentada por la Prof. SAHAJDACNY EVELIN

Sin otro motivo saludamos a Usted con distinguida consideración





|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | ZONA AIMOGASTA |        |  | | --- | | **PLANILLA DE NOVEDADES DE DOCENTES** |     INTERIOR PROVINCIAL | | | | | | | | | | | | | **ND-01** | |
| CUE | | 4600046 | | 00 | Denominación de la escuela | | | Centro Educativo para Jóvenes y Adultos | | | | | | |
| Documento | | 43.282.037 | | | Agente | | Lucero de la Fuente Micaela | | | | | Fecha: 07/04/2025 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| CUPOF 1 | Lengua Extranjera Ingles 02 Horas  3º Año Div. “B”- Modalidad Semi-presencial | | | | | | | |  | | | | | |
| CUPOF 2 |  | | | | | | | |  | | | | | |
| CUPOF 3 |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Movimiento | ALTA  X  A  Inicio de Alta  Fín Alta  Sit. Rev.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | T | I | **S** | V | | | | | | 06/03/25 | BAJA  B  Fecha de Baja:  Motivo   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | R | C | T | P | | M | TRF | | D | | |  | | Firma y Sello de la Autoridad Escolar. | | | | |
| INICIO DE LICENCIA  I  Fecha  Término Prev.  Código Art. | | | | | FÍN DE LICENCIA  F  Fecha  Sujeta a confirmación médica | | Conformidad Agente | | | | |
|  |  | | Continuidad Suplente Fecha Hasta: / / | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: El día 07/04/2025 se da el Alta a la Prof. Lucero de la Fuente Micaela, D.N.I. Nº 43.282.037 debido a que en el día de la fecha toma posesión de las horas designadas. | | | | | | | | | | Firma y Sello de la Autoridad de Supervisión | | | | |