



TRIBUNAL CALIFICADOR

SOLICITUD DE ASPIRANTE A PLAZA DOCENTE VACANTE AÑO 2017 AMPARADA EN EL DECRETO LEGISLATIVO TRANSITORIO N°. 753



ARTÍCULOS 17, 18 NUMERALES 1 Y 2 Y ARTÍCULO 52 NUMERAL 3 DE LA LEY DE LA CARRERA DOCENTE, DECRETO LEGISLATIVO TRANSITORIO N°. 753 DE FECHA 17 DE AGOSTO DE 2017, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL N°. 159, TOMO N°. 416 DE FECHA 29 DE AGOSTO DE 2017.

LUGAR Y FECHA

I DATOS PERSONALES DE EL (LA) SOLICITANTE. (NOMBRE SEGÚN NIP)

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS (INCLUYENDO APELLIDO DE CASADA)		
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	NACIONALIDAD	DUI	NIP	
DIRECCIÓN				
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		
CANTÓN		CASERÍO		
CORREO ELECTRONICO				
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		
DOCENTE <input type="checkbox"/>	NIVEL UNO <input type="checkbox"/>	NIVEL DOS <input type="checkbox"/>	CATEGORÍA	MOVIMIENTO AL QUE APLICO <input type="checkbox"/> INGRESO <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/>

II DATOS DE LA PLAZA A LA QUE APLICO, SEGÚN PUBLICACIÓN.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO DE INFRAESTRUCTURA		
DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO Y CELULAR		
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		
CANTÓN		CASERÍO		
NIVEL EDUCATIVO PUBLICADO <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN PARVULARIA <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN BÁSICA <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN MEDIA <input type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD PUBLICADA

III NIVEL ACADÉMICO.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TÍTULO OBTENIDO	ESPECIALIDAD	FECHA DE GRADUACIÓN		
			DÍA	MES	AÑO

IV COMPLETE ESTE APARTADO, SI HA OBTENIDO EL NIVEL UNO EN EL ESCALAFÓN DOCENTE.

<input type="checkbox"/> AL APROBARSE LA LEY DE LA CARRERA DOCENTE	<input type="checkbox"/> POR FALLO DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	ESPECIALIDAD OBTENIDA	FECHA DEL FALLO DEL TRIBUNAL CALIFICADOR		
			DÍA	MES	AÑO

V NOMBRE DEL (LOS) CENTRO (S) EDUCATIVO (S) DONDE LABORA Y EN LOS QUE HA LABORADO. (COMENZAR CON EL ACTUAL)

CODIGO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	FECHA		CLASE DE NOMBRAMIENTO (LEY DE SALARIO, CDE, EDUCO, HORA CLASE MINED, INTERINO)	SECTOR (PÚBLICO O PRIVADO)
			DESDE	HASTA		

IMPORTANTE: RECLAME ESTE DESPRENDIBLE A LA PERSONA QUE LE RECIBIÓ LOS DOCUMENTOS EN NOMBRE DE CONSEJO DIRECTIVO ESCOLAR.

DATOS DE EL (LA) SOLICITANTE

NOMBRE DE EL (LA) SOLICITANTE	NIP
	DUI
ESPECIALIDADES QUE POSEE	ESPECIALIDAD A LA QUE APLICA
	FECHA DE PUBLICACIÓN DE LA PLAZA
	FIRMA DEL SOLICITANTE

VI PARA EFECTOS ADMINISTRATIVOS COMPLETE LO SIGUIENTE:

HA PARTICIPADO EN PROCESOS DE SELECCIÓN REALIZADOS POR ESTE TRIBUNAL EN EL PERÍODO DEL 2001 AL 2016	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PARTICIPÓ EN EL PROCESO DE SELECCIÓN REALIZADO EN EL AÑO 2016	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
USTED APLICA POR PRIMERA VEZ	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

VII DECLARACIÓN DE EL (LA) SOLICITANTE.

DECLARO QUE LOS DATOS DETALLADOS ANTERIORMENTE ESTÁN APEGADOS A LA VERDAD, Y QUE LA NUMERACIÓN DE LAS HOJAS DE MI EXPEDIENTE ES DEL NÚMERO 1 HASTA EL NÚMERO _____.	FIRMA _____
---	-------------

VIII ESPACIO RESERVADO PARA EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO ESCOLAR O QUIEN LE SUSTITUYE.

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE PRESENTÓ ORIGINALES Y FOTOCOPIAS DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, DESPUES DE CONFRONTARLA RECIBÍ LAS FOTOCOPIAS Y DEVOLVÍ LOS ORIGINALES AL INTERESADO.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NIP (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL). | <input type="checkbox"/> CONSTANCIA(S) POR DISCAPACIDAD EXTENDIDA(S) POR LA(S) INSTITUCION(ES) CORRESPONDIENTE(S). (PARA QUIENES APLIQUE). |
| <input type="checkbox"/> DUI (DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD). | <input type="checkbox"/> CONSTANCIA(S) DE TIEMPO DE SERVICIO EXTENDIDA(S) POR EL PRESIDENTE DEL CDE EN LA(S) INSTITUCION(ES) EDUCATIVA(S) DONDE HA LABORADO. |
| <input type="checkbox"/> TÍTULOS DEBIDAMENTE REGISTRADOS Y AUTENTICADOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (PARA QUIENES APLIQUE). | |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACIONES GLOBALES DE NOTAS DE EL (LOS) GRADO(S) ACADÉMICO(S) REGISTRADAS Y AUTENTICADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (PARA QUIENES APLIQUE). | |

NOMBRE DE QUIEN RECIBE		SELLO CDE	
CARGO	FECHA	HORA	
NÚMERO DE HOJAS QUE CONSTA EL EXPEDIENTE: _____		FIRMA	

INDICACIONES

- UTILICE BOLÍGRAFO AZUL
- NO USE CORRECTOR
- ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE
- ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD PUEDE FOTOCOPIARSE
- ENUMERE EN EL EXTREMO SUPERIOR DERECHO CADA HOJA DEL EXPEDIENTE A ENTREGAR, ASIGNÁNDOLE EL N°. 1 A LA SOLICITUD.
- ESTIMADO(A) DOCENTE, TOMÉ EN CUENTA QUE TODO TRÁMITE RELACIONADO CON ESTE PROCESO ES GRATUITO.**
- NO AGREGAR COPIAS DE CAPACITACIONES EN SU EXPEDIENTE.**
- RECLAME EL DESPRENDIBLE A LA PERSONA QUE LE RECIBIÓ LOS DOCUMENTOS EN NOMBRE DEL CDE.
- ES INDISPENSABLE FIRMAR LA SOLICITUD Y LA DECLARACIÓN JURADA.
- EN LA OFICINA DEL TRIBUNAL CALIFICADOR PUEDE CONSULTAR SI SU(S) EXPEDIENTE(S) LE FUERON PRESENTADOS POR EL(LOS) CDE.
- ESTIMADO(A) DOCENTE, QUE ESTE PROCESO SOLO APLICARAN LOS DE NUEVO INGRESO.**

DOCUMENTOS A PRESENTAR A LOS PRESIDENTES DE: CDE O A QUIEN LE SUSTITUYA.

- ✓ **SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA Y FIRMADA. (ORIGINAL)**
- ✓ **NIP (ORIGINAL Y FOTOCOPIA). ANEXAR COPIA DE TODOS LOS NIP QUE POSEA, SEGÚN LAS ESPECIALIDADES ESTUDIADAS.**
- ✓ **DUI (DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD).**
- ✓ **TÍTULOS DEBIDAMENTE REGISTRADOS Y AUTENTICADOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (PARA QUIENES APLIQUE).**
- ✓ **CERTIFICACIONES GLOBALES DE NOTAS DE EL (LOS) GRADO(S) ACADÉMICO(S) REGISTRADAS Y AUTENTICADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (PARA QUIENES APLIQUE).**
- ✓ **CONSTANCIA(S) POR DISCAPACIDAD EXTENDIDA(S) POR LA(S) INSTITUCION(ES) CORRESPONDIENTE(S). (PARA QUIENES APLIQUE).**
- ✓ **CONSTANCIA(S) DE TIEMPO DE SERVICIO EXTENDIDA(S) POR EL PRESIDENTE DEL CDE EN LA(S) INSTITUCION(ES) EDUCATIVA(S) DONDE HA LABORADO.**

ESPACIO RESERVADO PARA LOS REPRESENTANTES DEL CONSEJO DIRECTIVO ESCOLAR

RECIBÍ SOLICITUD Y LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN, DESPUES DE CONFRONTARLA CON LOS ORIGINALES.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NIP (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL). | <input type="checkbox"/> CONSTANCIA(S) POR DISCAPACIDAD EXTENDIDA(S) POR LA(S) INSTITUCION(ES) CORRESPONDIENTE(S). (PARA QUIENES APLIQUE). |
| <input type="checkbox"/> DUI (DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD). | <input type="checkbox"/> CONSTANCIA(S) DE TIEMPO DE SERVICIO EXTENDIDA(S) POR EL PRESIDENTE DEL CDE EN LA(S) INSTITUCION(ES) EDUCATIVA(S) DONDE HA LABORADO. |
| <input type="checkbox"/> TÍTULOS DEBIDAMENTE REGISTRADOS Y AUTENTICADOS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (PARA QUIENES APLIQUE). | |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACIONES GLOBALES DE NOTAS DE EL (LOS) GRADO(S) ACADÉMICO(S) REGISTRADAS Y AUTENTICADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. (PARA QUIENES APLIQUE). | |

NOMBRE DE QUIEN RECIBE		SELLO CDE	
CARGO	FECHA	HORA	
NÚMERO DE HOJAS QUE CONSTA EL EXPEDIENTE: _____		FIRMA	

EL CONSEJO DIRECTIVO ESCOLAR DEBERÁ ENTREGAR FIRMADO Y SELLADO EL DESPRENDIBLE AL INTERESADO/A.