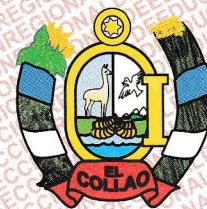




MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 002575

1. Sumilla:

SOLICITO REASIGNACIÓN POR MOTIVOS DE SALUD.

Señora Directora de la UGEL EL COLLAO - ILLAVE.

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige

Vilma Filomena Soto Almanza

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)

PROFESORA / IEP N° 40342

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

00442694

5. D.N.I.

0312231

6. Código Modular

Ca. Columbia 221 Coop. 58, JTB v. Rivero - Arequipa

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.)

8. Fundamentación del Pedido

SOLICITO REASIGNACIÓN POR
RAZONES DE SALUD Y FAMILI-
LIARES, PUESTO QUE A LA FECHA VIENGO
LABORANDO EN IEP N° 40342 - APLAO - AREQUIPA

POR LO EXPUESTO:

RUEGO A USTED ACCEDER A
MI SOLICITUD POR SER JUSTO Y LEGAL.

9. Documentos que se adjuntan:

- SOLICITUD
- COPIA DNI
- INFORME ESCALAFONARIO
N° 00330

10. Lugar y Fecha:

ILLAVE 15 OCT 2024

11. Firma:

[Handwritten signature]