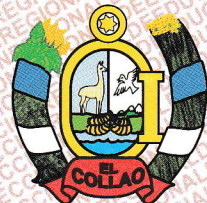




MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 002575

1. Sumilla: SOLICITO REASIGNACIÓN
por motivos de salud

Señora Directora de la UGEL EL COLLAO - ILA VE

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige

Vilma Filomena Soto Almazán

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)

PROFESORA / IEP. Nº 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 Nº Urbanización Distrito y Prov.)

8. Fundamentación del Pedido

SOLICITO REASIGNACIÓN POR
RAZONES DE SALUD Y FAMILI-
LIARES

9. Documentos que se adjuntan:

- SOLICITUD
- COPIA DNI
- INFORME ESCALAFONARIO
Nº 00330

10. Lugar y Fecha: ILA VE 15 OCT 2024

11. Firma: ALDINA