

TRÁMITE GRATUITO

El que suscribe C. Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) R.F.C.

Con domicilio en: Calle y Número Colonia Municipio Estado C.P.

Atentamente solicito me autorice compatibilidad para desempeñar los siguientes empleos y/o plaza(s).

*Ajustar espacio de acuerdo a sus datos, e incluir información de plazas actuales y recién asignadas

CCT	Clave del CT, municipio, zona escolar y cuando aplique zona de educación física	Clave(s) presupuestal (es) completa y asignatura que imparte	Tipo de nombramiento Definitivo/Temporal	Horario(s)					
				Horario	L	M	M	J	V
A)				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
B)				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
C)				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
D)				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					
				De a					

Distancia del C.T. A al B Km. Tiempo de traslado: *AGREGAR DATOS SI APLICA MÁS DE 4 CENTROS DE TRABAJO

Distancia del C.T. B al C Km. Tiempo de traslado:

Distancia del C.T. C al D Km. Tiempo de traslado:

Medio de transporte que utiliza:

Lugar: Fecha:

Declaro bajo protesta decir la verdad que los datos asentados en este documento son verídicos.

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO



TRÁMITE GRATUITO

C E R T I F I C O

QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL TRABAJADOR EN EL CENTRO DE TRABAJO A MI CARGO, CUYOS DATOS SE ASENTARON EN EL ANVERSO DE ESTE DOCUMENTO ES VERÍDICA.

JEFE SUPERIOR INMEDIATO DEL
CENTRO DE TRABAJO "A"
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO

JEFE SUPERIOR INMEDIATO DEL
CENTRO DE TRABAJO "B"
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO

JEFE SUPERIOR INMEDIATO DEL
CENTRO DE TRABAJO "C"
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO

JEFE SUPERIOR INMEDIATO DEL
CENTRO DE TRABAJO "D"
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO

*Agregar recuadros si aplica más de un CT o de zona.

Se otorga autorización de compatibilidad a partir del: ____ de _____ del _____
misma que será vigente, en tanto no ocurra un cambio en la información contenida en este documento.

NOTAS: *Imprimir los tantos correspondientes
Original 1- Dirección General del Servicio Profesional
Copia 1 - Interesado
Copia 2 - Director C.T. A, B,C,D.

"Todos los campos de este formato deberán ser debidamente llenados. No se aceptará si presenta tachaduras o enmendaduras. Es responsabilidad de los solicitantes el cumplimiento a los requisitos y el conocimiento de las disposiciones normativas aplicables al trámite solicitado."

Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 42, de la Ley General del Servicio Profesional Docente, 16, 17, 18, 19, 20 de la Ley del Trabajo de los Servidores Públicos al Servicio del Estado y de los Municipios, así como 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31 de las Condiciones Generales de Trabajo para las Dependencias, Entidades y Unidades de Apoyo de la Administración Pública del Estado de Guanajuato.

"La confidencialidad de los datos personales recabados, será protegida por la Secretaría de Educación de Guanajuato, en atención a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato y la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado y los Municipios de Guanajuato; y la obtención de los mismos, tiene como finalidad de realizar un trámite en esta dependencia. Así mismo, se le informa que sus datos personales no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley"

"El solicitante, es responsable de la veracidad de la información, por lo cual se da por enterado de las acciones que conllevan el proporcionar información falsa ante una autoridad en el ejercicio de sus funciones."