



ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACION PÚBLICA  
CONSEJO DIRECTIVO CENTRAL  
CONSEJO DE FORMACIÓN EN EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PERSONAL DOCENTE  
SECCION TRÁMITES DOCENTES

**SOLICITUD DE PAGO 7,5 % POR TÍTULO DOCENTE**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**INSTITUTO:** \_\_\_\_\_

**DATOS:**

\_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES

CÉDULA DE IDENTIDAD Nº: .....TELÉFONO:.....

DOMICILIO: .....

INGRESO A LA DOCENCIA: .....INGRESO AL CONSEJO:.....

\_\_\_\_\_

Fecha

Firma del Docente

**NOTA: EL DOCENTE DEBERÁ ADJUNTAR FOTOCOPIA AUTENTICADA DEL TÍTULO DOCENTE.**

\_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Se eleva a consideración del Consejo de Formación en Educación.

Firma del Director/a del Instituto