

**ANEXO XII**

**INDICACION DE LIMITACION DE FUNCIONES**  
**ASIGNACION DE FUNCIONES JERARQUICAS TRANSITORIAS**

**A LA SECRETARIA DE INSPECCION  
DISTRITO LA MATANZA**

**Inspección de Educación .....  
del distrito .....solicita a la Secretaría de Inspección el dictado acto  
administrativo que convalide la limitación de funciones jerárquicas transitorias a partir  
del ..... de ..... 20..... al docente .....  
..... con C.U.I.L N°..... que fuera asignada/o por  
DISPOSICION N°..... Con fecha.....**

**La causa de la limitación es:.....  
.....**

**La norma en la cual se fundamenta es:.....  
.....**

**EL DOCENTE DEBERA REINTEGRARSE AL CARGO /HS.C Y/MODULOS .....  
.....  
.....  
DE.....N°.....DEL DISTRITO DE .....**

**CORREO ABC DEL DOCENTE: .....  
NÚMERO CELULAR: .....**

**ADJUNTAR DISPOSICIÓN**

**LUGAR Y FECHA:.....**

.....

**FIRMA DEL INSPECTOR**