

ANEXO I**SOLICITUD DE CONSOLIDACIÓN PARCIAL DEL COMPLEMENTO ESPECÍFICO SINGULAR PARA DIRECTORES DE CENTROS DOCENTES PÚBLICOS NO UNIVERSITARIOS, DESTINADOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA**

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____

DNI _____ Teléfono _____ Domicilio _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

DATOS PROFESIONALES

Nº Registro Personal _____ Cuerpo/s docente/s _____

Asignatura, área, nivel y/o especialidad que imparte _____

Cargo que ocupa: Jefe de Estudios Secretario Jefe de Estudios adjunto Profesor

Otros cargos _____

Centro de destino _____ Código _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Fecha de posesión del último destino _____ Situación administrativa _____

Permanencia en el desempeño del cargo de director que solicita le sea acreditada _____ años consecutivos entre _____ y _____

Permanencia ya acreditada en el desempeño del cargo de director _____ años _____

Solicita que le sea concedida la consolidación del _____ por 100 del complemento específico singular por el desempeño, con valoración positiva, de la función directiva durante _____ años, conforme a lo que establece la Orden de la Consejería de Educación y Ciencia, de _____ de _____ (DOCM de _____).

En _____, a _____ de _____ de 200__

EL/LA INTERESADO/A,

Fdo.: _____

SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN Y CIENCIA DE _____
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA