El /La profesor/a D/Dña:_____

De la asignatura/módulo:_____

Solicita en relación a su horario personal que:

En caso de afectar a otro profesor-a, se requiere la firma de ambos.

En ..... a .....de ..... de 20.....

Firma del interesado/a

Firma Dirección

GOBIERNO DE CANARIAS · CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
I.E.S. STA. M.ª DE GUÍA
Sta. M.ª de Guía (Las Palmas)

Fdo.: Antonia María Perez Rodríguez

A/A JEFE/A DE ESTUDIOS DEL I.E.S. SANTA MARÍA DE GUÍA