

DIOCESIS: _____ **CENRO:** _____ **Teléfono** _____
Dirección: _____ **Localidad:** _____ **Provincia:** _____ **Fax** _____

Horario individual del Profesor/ a del Área de Religión Católica.

APELLIDOS _____ **NOMBRE** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____
E CIVIL (1) _____ **D.N.I** _____
TITULACION BASICA (2) _____ **D.E.I Nº (3)** _____
DIRECCIÓN PERSONAL _____ **TELEFONO** _____
MOVIL _____ **E-MAIL:** _____

Cursos y grupos a los que imparte clases:

Horas (4)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
De a					
De a					
De a					
De a					
De a					
De a					
De a					

1. Actividades lectivas semanales:

Períodos lectivos _____

Vigilancia recreos _____

Total Sesiones lectivas

2. Actividades semanales no lectivas:

Atención a Padres de Alumnos _____

Claustro y Evaluación _____

Otras (especificar) _____

Total horas no lectivas

En _____ a _____ de _____ de 2017

Manifiesto la exactitud de los datos consignados y el conocimiento de las condiciones

De relación con la Iglesia Diocesana como profesor de Religión y Moral Católica.

Vº Bº del Director del Centro

Sello

Firma del Profesor/a

Vº Bº del Delegado Diocesano

Observaciones: 1) Soltero, casado, sacerdote, religioso. 2) Maestro, Licenciado o equivalente. 3) Declaración Eclesiástica de Idoneidad (D.E.I. 4) Indicar comienzo y final de la sesión. 5) Máximo 30 sesiones lectivas semanales, sin incluidos recreos. 6) Rellenar este impreso a maquina o letras mayúsculas. 7) No se admiten tachaduras