

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

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

APELLIDOS _____ **NOMBRE** _____

DIRECCIÓN PERSONAL _____

TELEFONO _____

MOVIL _____

E-MAIL: _____

Cursos y grupos a los que imparte clases:

Horas (1)	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 2019

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) Indicar comienzo y final de la sesión. 2) Máximo 30 sesiones lectivas semanales, sin incluidos recreos. 3) Rellenar este impreso a maquina o letras mayúsculas. 4) No se admiten tachaduras