**RECOLECCIÓN DE DATOS Y AUTORIZACIÓN PARA CONTACTO**

Yo, ..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Identificado (a) con DNI Nº …………………… y domicilio actual en ………….……………………………………………

…………………………………………………..

En este contexto de Estado de Emergencia Sanitaria, doy a conocer y autorizoal Comité de Reasignación Docente, a ser notificado a través de los siguientes medios, del resultado de la evaluación y/o resolución de reasignación docente, en las siguientes vías de comunicación:

Correo electrónico principal: ……………………………………………………….

Correo electrónico alternativo: ……………………………………………………..

Cuenta de Facebook: ………………………………………………………………..

Teléfono de contacto: ……………………………………………………………….

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en el artículo 49 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el artículo 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General; autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

En fe de lo cual firmo la presente. Dado en la ciudad de………………. a los**......................**días del

Mes de**……………………..**del 20**……**



**………………………………………..**

 **FIRMA**

**DNI…………………………………….**