SOLICITUD DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

ACTIVIDAD SOLICITADA		CLAVE	
LA INTERVENCIÓN EN ZONAS DESFAVORECIDAS EN EL MARCO DE LOS PLANES LOCALES DE INTERVENCIÓN (CÁDIZ)		IGS19S-IP05	
DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/PASAPORTE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO		TELÉFONO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MARQUE SI ESTÁ AFECTADO/A POR UNA DISCAPACIDAD Y SE ACOGE AL ARTº 14 DEL DECRETO 93/2006 DE 9 DE MAYO (BOJA 96 DE 22-05-2006) ☐			
DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEL PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE			
☐	FUNCIONARIO	☐	LABORAL
☐	INTERINO	☐	TEMPORAL
		☐	OTROS
CUERPO Y ESPECIALIDAD <input type="text"/>			
DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO		CENTRO TRABAJO / ÓRGANO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
MUNICIPIO	<input type="text"/>	PROVINCIA	<input type="text"/>
AYUNTAMIENTOS DE MENOS DE 20.0000 HABITANTES			
DEPENDENCIA ORGANICA		AYUNTAMIENTO ☐	DIPUTACION PROVINCIAL ☐
ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACIÓN			
AÑOS	MESES	DÍAS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RELACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO CON EL CURSO		SÍ ☐	NO ☐
DATOS DE CONTACTO			
CORREO ELECTRÓNICO		TFNO. CORPORATIVO	TFNO. MÓVIL
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
CURSOS OFICIALES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMO 3 AÑOS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN DEL IAAP			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente formulario y solicito la actividad reseñada. En <input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> de 2019		VºBº SUPERIOR JERÁRQUICO En <input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> de 2019	
Fdo: <input type="text"/>		Fdo: <input type="text"/>	