

SOLICITUD DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

ACTIVIDAD SOLICITADA	CLAVE

DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE		
APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/PASAPORTE
DOMICILIO		TELÉFONO
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
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										
ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACION				CONSEJERÍA / O.A. / OTROS				CENTRO DIRECTIVO		
AÑOS	MESES	DÍAS								
CÓDIGO	DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO					NIVEL	CENTRO TRABAJO / ÓRGANO			
ÁREA FUNCIONAL				ÁREA RELACIONAL				AGRUPACIÓN DE ÁREAS		
CARÁCTER OCUPACIONAL			ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO			LOCALIDAD			PROVINCIA	
DEFINITIVO			AÑOS	MESES	DÍAS					
PROVISIONAL										
RELACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO CON EL CURSO								SÍ	NO	

DATOS DE CONTACTO		
CORREO ELECTRÓNICO		TFNO. CORPORATIVO
		TFNO. MÓVIL

CURSOS OFICIALES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMO 3 AÑOS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN DEL IAAP	

SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuras en el presente formulario y solicito la actividad reseñada En _____, a _____ de _____ de 2017 Fdo.: _____	Vº Bº SUPERIOR JERÁRQUICO _____, a _____ de _____ de 2017 Fdo.: _____
--	--

