

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

## ADMISIÓN EN LOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN LINGÜÍSTICA PARA EL PROFESORADO. (Código procedimiento: 5580)

| A DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE            |   |                   |                   |
|--|---|-------------------|-------------------|
| PRIMER APELLIDO:                         |   | SEGUNDO APELLIDO: |                   |
| NOMBRE:                                  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | DNI/NIE:          | FECHA NACIMIENTO: |
| DOMICILIO: CALLE PLAZA O AVDA. Y NÚMERO: |   |                   |                   |
| LOCALIDAD:                               | PROVINCIA:  | CÓDIGO POSTAL:    | TELÉFONO/S:       |

| B CENTRO DONDE PRESTA SERVICIOS                                       |                   |
|---|-------------------|
| DENOMINACIÓN:   | CÓDIGO DE CENTRO: |
| DIRECCIÓN COMPLETA: (CALLE, Nº, CÓDIGO POSTAL, MUNICIPIO Y PROVINCIA) | TELÉFONO:         |

| C SOLICITUD, DOCUMENTACIÓN, FECHA Y FIRMA:   |                     |                   |
|--|---------------------|-------------------|
| <b>SOLICITA SE ADMITIDO EN EL CURSO DE ACTUALIZACIÓN LINGÜÍSTICA:</b>  |                     |                   |
| CENTRO DE IMPARTICIÓN DEL CURSO:   | LOCALIDAD:          | CÓDIGO DE CENTRO: |
| IDIOMA:  | NIVEL:              |                   |
| <input type="checkbox"/> BÁSICO A1 <input type="checkbox"/> BÁSICO A2 <input type="checkbox"/> INTERMEDIO B1 <input type="checkbox"/> INTERMEDIO B2 <input type="checkbox"/> AVANZADO C1 <input type="checkbox"/> AVANZADO C2  |                     |                   |
| OPTA POR LA PRUEBA INICIAL DE DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO   |                     |                   |
| DOCUMENTACIÓN QUE APORTA:  |                     |                   |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN DEL CENTRO DONDE PRESTA SERVICIOS CONFORME AL ANEXO V.<br><input type="checkbox"/> COPIA DEL COMPROMISO PARA PRESTAR ENSEÑANZAS BILINGÜES CONFORME AL ANEXO VI.<br><input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN DEL CENTRO PÚBLICO O CONCERTADO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS. |                     |                   |
| Firma del profesor o de la profesora solicitante   | El/la Funcionario/a |                   |
| Fecha: .....   | (Sello del Centro)  |                   |

SR/A. DIRECTOR/A DE LA ESCUELA OFICIAL DE IDIOMAS DE: .....

(Denominación del centro en el que se desea la admisión)

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

| CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS   |
|---|
| <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General competente en materia de educación permanente cuya dirección es C/ Juan Antonio de Vizarrón s/n. Edificio Torretriana. Isla de la Cartuja. 41092 – Sevilla.</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica <a href="mailto:dpd.ced@juntadeandalucia.es">dpd.ced@juntadeandalucia.es</a></p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la solicitud de admisión en los cursos presenciales de actualización lingüística para el profesorado (CAL) en las Escuelas Oficiales de Idiomas (Orden 20/04/12), cuya base jurídica es la L.O 2/2006 de 3 de mayo, de Educación.</p> <p>d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <a href="http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos">http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</a></p> |