

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		OTROS		
INTERINO		TEMPORAL				
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 CORPORATIVO		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 _____

Fdo.: _____

Vº Bº SUPERIOR JERÁRQUICO (SOLO CURSO PRESENCIALES)

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo. _____