

## SOLICITUD DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

<b>ACTIVIDAD SOLICITADA</b>		<b>CLAVE</b>	
Accesibilidad Cognitiva en Servicios Sociales. Cómo Elaborar Documentos en Lenguaje Claro.		No rellenar	
<b>DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE</b>			
<b>APELLIDOS Y NOMBRE</b>		<b>NIF/PASAPORTE</b>	
<b>MUNICIPIO</b>		<b>PROVINCIA</b>	
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)			
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS Y DEL PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE</b>			
FUNCIONARIO		LABORAL	
INTERINO		TEMPORAL	
CUERPO Y ESPECIALIDAD			
ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACIÓN		CONSEJERÍA / O.A. / OTROS	
AÑOS	MESES	DÍAS	
DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO		CENTRO TRABAJO / ÓRGANO	
CARÁCTER OCUPACIONAL		LOCALIDAD	
DEFINITIVO		PROVINCIA	
PROVISIONAL			
RELACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO CON EL CURSO		SÍ	NO

<b>DATOS DE CONTACTO</b>		
CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO	TFNO. CORPORATIVO	TFNO. MÓVIL
<b>CURSOS OFICIALES REALIZADOS EN LOS ÚLTIMO 3 AÑOS DENTRO DEL PLAN DE FORMACIÓN DEL IAAP</b>		
<b>SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b> Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuras en el presente formulario y solicito la actividad reseñada En _____, a _____ de _____ de _____		<b>Vº Bº SUPERIOR JERÁRQUICO (SOLO SI NECESITA AUTORIZACIÓN POR REALIZARSE EN HORARIO LABORAL)</b> _____ a _____ de _____ de _____
Fdo.:		Fdo. _____

