

SOLICITUD DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

ACTIVIDAD SOLICITA				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 _____		Vº Bº SUPERIOR JERÁRQUICO (SOLO CURSO PRESENCIALES) _____ a _____ de _____ de _____	
Fdo.:		Fdo. _____	

