



Deseo Solicitar los Sigüientes Cursos (*)

ORDEN DE PRIORIDAD	DENOMINACIÓN DEL CURSO	HORARIO (mañana o tarde)	CÓDIGO ¹
1			
2			
3			
4			

¹Sólo a cumplimentar por la Federación receptora

Datos Personales (*)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE		N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO PARTICULAR		TELÉFONOS	
MUNICIPIO	PROVINCIA Y/O COMARCA	CÓDIGO POSTAL	

SEXO: HOMBRE
 MUJER

Datos Profesionales (*)

ADMINISTRACIÓN A LA QUE PERTENECE:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> A.G.E.
<small>(Administración General del Estado)</small> | <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN LOCAL | <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA |
| <input type="checkbox"/> CORREOS | <input type="checkbox"/> SANIDAD
<small>(Insalud y/o Autónoma)</small> | <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA |

Categoría Profesional a la que pertenece (Marcar con una cruz lo que proceda):

PERSONAL FUNCIONARIO	PERSONAL LABORAL	PERSONAL ESTATUARIO
GRUPO A <input type="checkbox"/>	LICENCIATURA UNIVERSITARIA (N.1) <input type="checkbox"/>	LICENCIATURA UNIVERSITARIA (N.1) <input type="checkbox"/>
GRUPO B <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>
GRUPO C <input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>
GRUPO D <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA +1/2 a. FPE (N.4) <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA +1/2 a. FPE (N.4) <input type="checkbox"/>
GRUPO E <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/>

AÑO DE INGRESO EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: TIPO DE CONTRATO:

MINISTERIO / ORGANISMO / CONSEJERÍA / COMUNIDAD / AYUNTAMIENTO AL QUE PERTENECE

DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:

DIRECCIÓN PUESTO DE TRABAJO (Calle y Número)	LOCALIDAD	PROVINCIA Y/O COMARCA
FAX	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO

Datos Académicos y Titulación Poseída (*)

1)

2)

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud
..... de 200.....

FIRMA:

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, le informamos que los datos facilitados serán incluidos en nuestro fichero con el fin de realizar la ejecución, seguimiento y evaluación de la formación recibida así como para realizar el envío de nuestra oferta formativa y demás actividades. El declarante de los datos tendrá derecho a ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos. Si desea ejercitar alguno de estos derechos, póngase en contacto con nuestras oficinas, sitas en la Avd. de América nº 2 5-3. Secretaría de Formación. Madrid.

Rellenando esta solicitud ud. esta otorgando su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a organismos públicos y empresas privadas con el único fin de realizar el seguimiento, control y la evaluación de la formación recibida.

A Rellenar por la Federación Receptora

Núm. de Registro:	Fecha de entrada:	Hora:
-------------------------	-------------------------	-------------

(*) RELLENAR EN LETRAS MAYÚSCULAS

Solicitud de Cursos

formarse ES progresar