

 **consejería de inclusión social, juventud, familias e igualdad secretaría general técnica**

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 FIRMADeclaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuras en el presente formulario y solicito la actividad reseñadaEn , a de de \_\_\_\_\_\_Fdo.:  | Vº Bº SUPERIOR JERÁRQUICO ( SOLO CURSO PRESENCIALES)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_Fdo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |