

## Deseo Solicitar los Sigüientes Cursos (\*)

| ORDEN DE PRIORIDAD | DENOMINACIÓN DEL CURSO | HORARIO (mañana o tarde) | CÓDIGO <sup>1</sup> |
|--------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| 1                  | .....                  | .....                    | .....               |
| 2                  | .....                  | .....                    | .....               |
| 3                  | .....                  | .....                    | .....               |
| 4                  | .....                  | .....                    | .....               |

<sup>1</sup> Sólo a cumplimentar por la Federación receptora

## Datos Personales (\*)

PRIMER APELLIDO: ..... SEGUNDO APELLIDO: .....

NOMBRE: ..... N.I.F.: ..... FECHA DE NACIMIENTO: ..... CORREO ELECTRÓNICO: .....

DOMICILIO PARTICULAR: ..... TELÉFONOS: .....

MUNICIPIO: ..... PROVINCIA Y/O COMARCA: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

## Datos Profesionales (\*)

ADMINISTRACIÓN A LA QUE PERTENECE:

A.G.E. (Administración General del Estado)     ADMINISTRACIÓN LOCAL     ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

CORREOS     SANIDAD (Insalud y/o Autónoma)     ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

SEXO:  HOMBRE     MUJER

## 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"/>  |
| SUBGRUPO A1 <input type="checkbox"/>  | DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>     | DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>     |
| SUBGRUPO A2 <input type="checkbox"/>  | TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>            | TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>            |
| GRUPO B <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 C <input type="checkbox"/>  | E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/> | E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/> |
| SUBGRUPO C1 <input type="checkbox"/>  |  |  |
| SUBGRUPO C2 <input type="checkbox"/>  |  |  |
| O.A.P. (otras agrupaciones profesionales sin titulación) <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, Secretario de Formación, Madrid.

Rellenando esta solicitud ud. este otorgando su consentimiento pero 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: .....