

SOLICITUD DE ACTIVIDADES FORMATIVAS

ACTIVIDAD SOLICITADA	CLAVE
Accesibilidad, seguridad y autoprotección en Centros de personas con discapacidad y de personas mayores	IG20S-IS02

DATOS PERSONALES DEL/LA SOLICITANTE		
APELLIDOS Y NOMBRE		NIF/PASAPORTE
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	

DATOS DE CONTACTO		
CORREO ELECTRÓNICO	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 2020	Vº Bº SUPERIOR JERÁRQUICO _____, a _____ de _____ de 2020 Fdo.: _____
---	---

