

PLAN INTEGRADO DE FORMACIÓN CONTINUADA SANITARIA 200.....
SOLICITUD DE ACCIÓN FORMATIVA

1.- SOLICITANTE

N.I.F.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Domicilio particular		LOCALIDAD	C.P.
			Teléfono particular

Categoría profesional	Antigüedad en el Hospital: Años Meses	Nº plantilla	Edad	Teléfono trabajo

Situación de Adscripción al Centro (Señalar con una X)				
Plantilla	Interinidad/Vacante	Comisión de Servicio	Reingreso Provisional	Contrato Temporal

2.- PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Denominación	Centro de trabajo	Servicio	Consejería/Organismo

3.- CURSO SOLICITADO

Denominación	Nº curso

4.- CURSOS DE FORMACIÓN O PERFECCIONAMIENTO REALIZADOS DURANTE EL AÑO ANTERIOR

Denominación	Impartido por: (poner una cruz en el organismo)				Nº HORAS
	Escuela	Consejería	Sindicatos	Otros (Indicar)	

El SMS, en aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal de 14 de diciembre de 1.999, se compromete formalmente a utilizar estos datos para la exclusiva finalidad de realizar el tratamiento asociado a la gestión del Plan de Formación para el año 200..... Para cualquier otro uso, será precisa la autorización expresa del solicitante.

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud

Murcia, a de de 200.....
Firma

Remitir a: _____