

ORIGEN DE SOLICITUD

IDENTIFICADOR DE SOLICITUD

SOLICITUD DE CURSOS DE FORMACIÓN PROPIA O ESPECÍFICA DE CONSEJERÍAS

DATOS DEL SOLICITANTE	Administración de destino:	
	1er apellido:	2º apellido:
	Nombre:	
	Tipo de documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> N°:	Fecha de nacimiento: en formato (dd/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DISCAPACIDAD Tipo:		Grado: : Adaptación:

DATOS PROFESIONALES	<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Estatutario de Gestión y Servicios	<input type="checkbox"/> Interino	<input type="checkbox"/> Laboral Fijo	<input type="checkbox"/> Laboral Temporal	Otros: (Especificar)	Grupo
	Cuerpo/Escala/Categoría profesional:						
	Especialidad:						
	DESTINO ACTUAL						
	Consejería/Ministerio/Entidad Local/Universidad/Otros:						
	Centro Directivo/Organismo:						
	Servicio/Unidad:						
	Puesto de trabajo:						Nivel:
	DIRECCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO						
	Tipo de vía:			Nombre de la vía:			
	Número:	Piso:		Puerta:		Código Postal:	
	Provincia:			Localidad:			
	Teléfono fijo:			Teléfono móvil:			
	Correo electrónico:			Correo electrónico: (Repetir)			

TITULACIÓN ACADÉMICA	Grado de estudios:
	Título:

DECLARO que son ciertos cuantos datos figuran en esta solicitud y que he informado al responsable de la Unidad Administrativa de su envío.

De conformidad con lo establecido en el artículo 5º de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Hacienda le informa que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito, según modelos normalizados por Orden PAT/175/2003 de 20 de febrero, dirigido a la Consejería de Hacienda, C/ Santiago Alba, 1- 47008 VALLADOLID.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este impreso puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

ILMO. SR. SECRETARIO GENERAL DE

FORMACIÓN PROPIA O ESPECÍFICA				
Código	Área	Curso	Fecha de comienzo	Localidad

Tiempo de servicios prestados en la Administración, a _ de ____ de 2011					
Años:		Meses:		Días:	

OTROS DATOS O MOTIVOS DE INTERÉS PARA PARTICIPAR EN EL CURSO	<input type="checkbox"/> Desempeñar funciones relacionadas con el contenido del curso, de forma habitual	<input type="checkbox"/> Interés personal
	<input type="checkbox"/> Desempeñar funciones relacionadas con el contenido del curso, ocasionalmente	<input type="checkbox"/> De interés para promoción interna
	<input type="checkbox"/> Motivos familiares o de discapacidad (para los cursos de teleformación)	<input type="checkbox"/> Otros
	Explique y motive su respuesta, por favor:	

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA	Nombre y apellidos:
	Correo electrónico:
	Cargo: