

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS CURSOS DE FORMACIÓN A DISTANCIA



federación de servicios y administraciones públicas

Año 2009

- 1º ANTES DE RELLENAR LEE ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES
- 2º ESCRIBE CON LETRA MAYÚSCULA, CLARA Y CON BOLÍGRAFO AZUL
- 3º SE PODRÁ SOLICITAR UN MÁXIMO DE TRES CURSOS

	CÓDIGO	Nombre del Curso
1º	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2º	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3º	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Motivo por el que has solicitado el curso:	Curso 1	Curso 2	Curso 3
Relación con el puesto de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desarrollo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promoción / Movilidad profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES			
1º Apellido	2º Apellido	Nombre	
DNI	Letra	SEXO: MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>	Minusvalía igual o superior al 33% <input type="checkbox"/>
Titulación académica		Titulación académica	
<input type="checkbox"/> T. Superior <input type="checkbox"/> T. Medio <input type="checkbox"/> Bachiller Superior/FP-II/BUP		<input type="checkbox"/> Bachiller Elemental/FP-I <input type="checkbox"/> Graduado Escolar/ESO <input type="checkbox"/> Estudios primarios/Certificado de escolaridad	

DIRECCIÓN DONDE QUIERES RECIBIR EL ENVÍO DEL MATERIAL DEL CURSO		Domicilio <input type="checkbox"/>	Trabajo <input type="checkbox"/>
Calle	Nº	Piso y puerta	
Localidad	Provincia	CP	
Telf. domicilio	Telf. móvil	e-mail	

DATOS ADMINISTRATIVOS	
IMPORTANTE: Indica el nombre <u>completo</u> de tu MINISTERIO, CONSEJERÍA, AYUNTAMIENTO, DIPUTACIÓN U ORGANISMO al que perteneces:	
.....	
Denominación del Centro de trabajo:	*CIF del Centro:
Departamento o Sección:	CP: Localidad:
Administración	Categoría Profesional / Puesto de trabajo:
Central <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/>	
Relación Laboral:	
<input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Laboral Interino <input type="checkbox"/> Laboral Eventual <input type="checkbox"/> Interino/a	
Titulación académica requerida para el puesto	Titulación académica
<input type="checkbox"/> T. Superior <input type="checkbox"/> T. Medio <input type="checkbox"/> Bachiller Superior/FP-II/BUP	<input type="checkbox"/> Bachiller Elemental/FP-I <input type="checkbox"/> Graduado Escolar/ESO <input type="checkbox"/> Estudios primarios/Certificado de escolaridad

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados a un fichero titularidad de FSAP-CC00, autorizando a éstas, al tratamiento de los mismos, para su utilización en relación al desarrollo de acciones informativas, sean de carácter general o adaptadas a sus características. Pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito acompañada de la fotocopia de su DNI, dirigida a la Secretaría de Formación de FSAP, C/ Cardenal Cisneros nº 52, Bajo Izda – Madrid 28010.

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR A LA SOLICITUD:

FECHA Y FIRMA

1. Fotocopia del DNI/NIF/Pasaporte.
2. Certificado de ser empleado/a público (podrá ser sustituido por la fotocopia de una nómina del año en curso).
3. Certificado de incapacidad (minusvalía igual o superior al 33%).

* El CIF del centro aparece en la cabecera de la nómina.

