



PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SMS 2011

SOLICITUD DE ACCIÓN FORMATIVA

1.- SOLICITANTE

N.I.F.										Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre			
Teléfono particular / Móvil										Teléfono trabajo / Extensión									
Correo electrónico (legible)																			

Relación laboral con el Centro (Señalar con una X)				Antigüedad en el H.U.Sta.M ^a Rosell	Antigüedad en el S.M.S.
Fijo	Interino	Eventual	Formación	Años / Meses	Años / Meses

2.- PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Categoría/Puesto de trabajo	Centro de trabajo	Servicio/Unidad	Consejería/Organismo al que pertenece
			S.M.S.

3.- CURSO SOLICITADO

Denominación de la acción formativa

El Servicio Murciano de Salud, 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 del SMS. Para cualquier otro uso, será precisa la autorización expresa del solicitante.

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.

Cartagena, a.....de.....de 2011

Firma:

Fdo.:

Remitir a: Unidad de Formación Continuada e Investigación Fax: 968326910 o correo electrónico: formacionrosell@gmail.com

Importante:

- **Una vez admitido al curso, en el caso de renuncia, ha de comunicarse 48 horas de la fecha de comienzo del curso.**
- **Para la obtención del certificado/diploma será necesaria una asistencia mínima del 90% de las horas del curso.**
- **Las justificaciones de las faltas se tendrán en cuenta para no penalizar al alumno en futuras inscripciones, no sirviendo para la obtención del certificado/diploma.**

