

ANEXO 2

PLAN INTEGRADO DE FORMACIÓN CONTINUADA SANITARIA 2011
SOLICITUD DE ACCIÓN FORMATIVA

1.- SOLICITANTE

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

Dirección de Correo Electrónico	Plantilla	Contratado

Categoría profesional	Antigüedad Hospital: Años Meses	Edad	Teléfono trabajo

2.- PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Denominación	Centro 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 2011. Para cualquier otro uso, será precisa la autorización expresa del solicitante.

<p align="center">CONFORME</p> <p align="center">Jefe de Servicio/Sección/Unidad Supervisor/a Unidad</p> <p>Fdo: D/Dª Nombre y Apellidos</p>	<p>Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente Solicitud</p> <p align="center">Murcia, a de de 2011</p> <p align="center">Firma</p>

Remitir a: Unidad de Docencia y Formación Continuada