

CURSO:

ESCRIBE CON LETRAS DE IMPRENTA O MAYÚSCULAS Y CLARAS.

<b>TERRITORIO:</b>			
<b>DATOS PERSONALES</b>			
N.I.F.:		NOMBRE:	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	TELÉF:	MOVIL:	E-MAIL:
DOMICILIO PARTICULAR:		MUNICIPIO:	C.P.: PROVINCIA:
FORMACIÓN ACADÉMICA QUE POSEE (Al margen del puesto que ocupa)			
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>			
ADMINISTRACIÓN: (SUBRAYAR LA QUE CORRESPONDA)		CENTRAL	LOCAL AUTONÓMICA
MINISTERIO/CONSEJERÍA/AYUNTAMIENTO/ORGANISMO			
DENOMINACIÓN PUESTO ACTUAL:			
CENTRO DE TRABAJO:		CUERPO/ESCALA/CATEGORÍA PROF.	
DIRECCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO:		MUNICIPIO:	C.P.: PROVINCIA:
CORREO ELECT.:		TELÉFONO:	Nº REGISTRO PERSONAL:
<b>RELACIÓN CONTRACTUAL Y TITULACIÓN PARA EL PUESTO (ELEGIR OPCIÓN DE UNA SOLA DE LAS COLUMNAS)</b>			
PERSONAL FUNCIONARIO (SUBRAYAR LA QUE CORRESPONDA)		PERSONAL LABORAL (niveles) (SUBRAYAR LA QUE CORRESPONDA)	
Grupo A Grupo B Grupo C Grupo D Grupo E		1. Licenc. Universitaria 2. Diplomatura Universitaria 3. Téc. Superior ( <i>Bachiller o equivalente + 1 ó 2 años de Form. Profes. Específica (FPE)</i> ) 4. Educ. obligatoria + 1 ó 2 años de FPI Técnico o Bachiller Elemental 5. Educ. Obligat. o Certific. Est. Primarios	

Declaro expresamente que, a efectos de mi participación en actividades de formación continua incluidas en planes de formación acogidos al AFCAP, los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Firmado:

Autorizo a CC.OO. a enviar a mi domicilio publicidad sindical Si  No

\*\* Marcar con una cruz una sola una opción.