

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN CURSO DE FORMACIÓN

I. DATOS PERSONALES

Apellidos y nombre	<input type="text"/>	N.I.F.	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Móvil.	<input type="text"/>

II. DATOS PROFESIONALES

Consejería	<input type="text"/>	D.G./Organismo	<input type="text"/>
Servicio/Centro de Trabajo	<input type="text"/>		
Tfno.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Denominación Puesto	<input type="text"/>	Titulación	<input type="text"/>
Vinculación:			
<input type="checkbox"/> Funcionario de carrera	<input type="checkbox"/> Funcionario interino	Grupo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Laboral fijo	<input type="checkbox"/> Laboral interino	Categoría	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estatutario fijo	<input type="checkbox"/> Estatutario temporal	Nivel	<input type="text"/>
		Grupo	<input type="text"/>
Antigüedad en la Administración:	<input type="text"/>	Años	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>
Cursos realizados:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> De 1 a 3	<input type="checkbox"/> De 4 a 10
		<input type="checkbox"/> Más de 10	

III. DATOS DEL CURSO SOLICITADO

Código	<input type="text"/>	Denominación	<input type="text"/>
Organizador del curso:	<input type="checkbox"/> IMAP	<input type="checkbox"/> Central Sindical	<input type="text"/>

Madrid, a _____ de _____ de _____

Vº Bº (a efectos informativos):

Jefe/a del Servicio o Responsable de la Unidad,

Correo electrónico

Firma del/la solicitante

Fdo.:

Fdo.:

IV. DESTINATARIO

COORDINADOR DE FORMACION	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	Código Postal <input type="text"/>