

MODELO DE SOLICITUD

**PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD  
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Por favor, siga las siguientes instrucciones:**

1.- Rellene todos los apartados de la ficha, en MAYÚSCULAS. Repase la ficha antes de enviarla. Las solicitudes incompletas no podrán ser tenidas en cuenta en el proceso de selección y serán archivadas sin más trámite.

2.- Rellene una ficha para cada uno de los cursos que solicite.

3.- Si lo rellena desde WORD, puede moverse fácilmente por los campos con la tecla TABULADOR.

Nombre del curso que solicita:	
Código del curso:	
Lugar realización	

**Datos del solicitante**

Apellidos:		Nombre:		DNI:	
Titulación académica:					
Fecha de obtención del título:					
Puesto de trabajo actual :					
Denominación:					
Situación laboral:	Titular <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Sustituto <input type="checkbox"/> Refuerzo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>				

Centro de trabajo actual:					
Calle:		Nº.:		Cód. Postal:	
Localidad:				Provincia:	
Teléfono:		Fax:		E-mail:	

Dirección para correspondencia (en caso de ser diferente a la del centro de trabajo):

Calle:		Nº.:		Cód. Postal:	
Localidad:				Provincia:	
Teléfono:		Fax:		E-mail:	

Datos sobre su adecuación al perfil de alumno exigido para este curso:

(Explique detalladamente cuáles de sus características o actividades profesionales se adaptan a los requisitos especificados en el apartado "Destinatarios/as" de la ficha del curso que solicita) :

**Cursos realizados en los 3 últimos años organizados por la Consejería de Sanidad**

Nombre del curso	Lugar y fecha	Horas

DECLARO que son ciertos todos y cada uno de los datos contenidos en la presente solicitud de inscripción.

Fecha:

Firma del solicitante: