

ANEXO II
MODELO DE SOLICITUD

**PROGRAMA DE ACTIVIDADES DOCENTES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN _ INSTITUTO C.S. DE LA SALUD**

Por favor, siga las siguientes instrucciones:

1.- Rellene todos los apartados de la ficha excepto las zonas sombreadas, 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.

Nombre del curso que solicita	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: Localidad: Teléfono:	Nº.: Fax:	Código postal: Provincia: E-mail:		
Dirección para correspondencia (en caso de ser diferente a la del centro de trabajo): Calle: Localidad: Teléfono:			Nº.: Fax:	Código postal: Provincia: 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: