

# **FORMACIÓN CONTINUADA HOSPITAL NTRA. SRA. DEL PRADO**

## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CURSOS**

Nombre y Apellidos:

D.N.I. Nº:

Nombre del Curso solicitado:

Fechas del Curso:

Turno que solicita del curso:                      Mañana   
   Tarde

Teléfono de contacto (campo obligatorio):  
   Trabajo  
   Particular

Correo electrónico:

Categoría profesional:

Lugar de desempeño de trabajo: Atención Primaria

Situación laboral:  
Fijo       Interino       Eventual

Cursos realizados en el último año:

Firma y Fecha

**OBSERVACIONES:**

*La solicitud puede ser anulada si no se rellena correctamente*