



SOLICITUD DE CURSO

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF:

CENTRO DE SALUD/UNIDAD:

CATEGORÍA (Médico, Enfermero...):

TIPO DE CONTRATO: Titular Interino Refuerzo Sustituto

HORARIO DE TRABAJO:

MAÑANA TARDE NOCHE FINES DE SEMANA

NOMBRE DEL CURSO (Especificar Edición y horario si hubiera varias):

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA:

EXCELENTE BUENOS REGULAR DEFICIENTE MUY DEFICIENTE

¿CON QUÉ FRECUENCIA NECESITA DICHOS CONOCIMIENTOS PARA SU PUESTO DE TRABAJO?:

NUNCA RARA VEZ A VECES MUCHAS VECES SIEMPRE

¿HA HECHO OTROS CURSOS SOBRE EL TEMA?

NO SÍ **¿CUÁNDO?:**

FECHA DE SOLICITUD:

CORREO ELECTRÓNICO: