

Solicitud de Cursos



www.fsp.es

Deseo Solicitar los Sigüientes Cursos (*)

ORDEN DE PRIORIDAD	DENOMINACIÓN DEL CURSO	HORARIO (mañana o tarde)	CÓDIGO ¹
1
2
3
4

Datos Personales (**)

¹Sólo a cumplimentar por la Federación receptora

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE N.I.F. FECHA DE NACIMIENTO CORREO ELECTRÓNICO

DOMICILIO PARTICULAR TELÉFONOS

MUNICIPIO PROVINCIA CÓDIGO POSTAL

Datos Profesionales (**)

ADMINISTRACIÓN A LA QUE PERTENECE:

- A.G.E. (Administración General del Estado) ADMINISTRACIÓN LOCAL ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA
- CORREOS SANIDAD (Insalud y/o Autonómica) ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

Categoría Profesional a la que pertenece (Marcar con una cruz lo que proceda):

PERSONAL FUNCIONARIO	PERSONAL LABORAL	PERSONAL ESTATUARIO
GRUPO A <input type="checkbox"/>	LICENCIATURA UNIVERSITARIA (N.1) <input type="checkbox"/>	LICENCIATURA UNIVERSITARIA (N.1) <input type="checkbox"/>
GRUPO B <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>
GRUPO C <input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>
GRUPO D <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA + 1/2 a. FPE (N.4) <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA + 1/2 a. FPE (N.4) <input type="checkbox"/>
GRUPO E <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/>

AÑO DE INGRESO EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: TIPO DE CONTRATO:

MINISTERIO / ORGANISMO / CONSEJERÍA / COMUNIDAD / AYUNTAMIENTO AL QUE PERTENECE

DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL: LABORAL FUNCIONARIO NIVEL

DIRECCIÓN PUESTO DE TRABAJO (Calle y Número) LOCALIDAD TELÉFONOS

FAX CORREO ELECTRÓNICO

Datos Académicos y Titulación Poseída (**)

1)
2)

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud de de 200.....

FIRMA:

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, le informamos que los datos facilitados serán incluidos en nuestro fichero con el fin de enviarle información sobre nuestros cursos y actividades. El declarante de los datos tendrá derecho a ejercitar el acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos. Si desea ejercitar alguno de estos derechos, póngase en contacto con nuestros oficinas, sitas en la Avda. de América nº 25-3, Secretaría de Formación, Madrid. Rellenando esta solicitud Ud. está otorgando su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a organismos públicos y empresas privadas con el único fin de enviarle información sobre sus cursos. En caso contrario marque la casilla correspondiente. NO

A Rellenar por la Federación Receptora

Núm. de Registro: Fecha de entrada: Hora:

(*) RELLENAR EN LETRAS MAYÚSCULAS