



Andalucía

# PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA DEL SAS DE 2009

## SOLICITUD DE CURSOS

FEDERACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE UGT

CURSO SOLICITADO

**CURSO DE FORMACIÓN EN INFECCIONES HOSPITALARIAS: CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (ON LINE)**

CÓDIGO	FECHA	LUGAR DE IMPARTICIÓN	Nº HORAS
	14-10-09 al 20-11-09	ON LINE	100

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE		DNI	EDAD
DOMICILIO PARTICULAR	TELÉFONO (FIJO)	TELÉFONO (MÓVIL)	
MUNICIPIO	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRONICO

### DATOS PROFESIONALES

CATEGORÍA PROFESIONAL  
 Funcionario     Estatutario     Laboral

CUERPO/CATEGORÍA LABORAL \_\_\_\_\_ GRUPO/NIVEL \_\_\_\_\_

DENOMINACIÓN PUESTO ACTUAL \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_

CENTRO DIRECTIVO \_\_\_\_\_

MINISTERIO ORGANISMO COMUNIDAD AYUNTAMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PUESTO DE TRABAJO(calle y número) \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

ANTIGÜEDAD EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS \_\_\_\_\_

### DATOS ACADÉMICOS

1) \_\_\_\_\_

2)

CURSOS REALIZADOS DENOMINACIÓN DEL CURSO	CENTRO DE IMPARTICIÓN	AÑO	HORAS

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presenta solicitud

En ..... a ..... de ..... 2009

FIRMA:

### A RELLENAR POR LA FEDERACIÓN RECEPTORA

Nº de registro	Fecha de entrada
----------------	------------------

La información que usted nos facilita será incluida en nuestros ficheros. Usted tiene derecho de acceder a ella y ampliarla, cancelarla o rectificarla de ser errónea. Esta información nos permitirá mantener la relación con Usted y de adecuar nuestras comunicaciones a sus intereses. Si Usted no desea recibir información indíquelo.

SI     NO