



## Deseo Solicitar los Sigüientes Cursos (\*)

ORDEN DE PRIORIDAD	DENOMINACIÓN DEL CURSO	HORARIO (mañana o tarde)	CÓDIGO <sup>1</sup>
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....

<sup>1</sup> Sólo a cumplimentar por la Federación receptora

## Datos Personales (\*)

PRIMER APELLIDO: ..... SEGUNDO APELLIDO: .....

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

DOMICILIO PARTICULAR: ..... TELÉFONOS: .....

MUNICIPIO: ..... PROVINCIA Y/O COMARCA: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

## Datos Profesionales (\*)

ADMINISTRACIÓN A LA QUE PERTENECE:

SEXO:  HOMBRE  
 MUJER

- A.G.E. (Asociación General del Escolar)
- CORREOS

- ADMINISTRACIÓN LOCAL
- SANIDAD (Incluid y/a Autonómica)

- ADMINISTRACIÓN 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"/>
SUBGRUPO A1 <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2) <input type="checkbox"/>
SUBGRUPO A2 <input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>	TÉCNICO SUPERIOR (N.3) <input type="checkbox"/>
GRUPO B <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 C <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/>	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5) <input type="checkbox"/>
SUBGRUPO C1 <input type="checkbox"/>		
SUBGRUPO C2 <input type="checkbox"/>		
O.A.P. (otras agrupaciones profesionales sin titulación) <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: .....

DIRECCIÓN PUESTO DE TRABAJO (Calle y Número) LOCALIDAD PROVINCIA Y/O COMARCA

FAX TELÉFONOS CORREO ELECTRÓNICO

## Datos Académicos y Titulación Poseída (\*)

1) .....  
2) .....

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud  
De ..... 20.....

FIRMA:

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/88, del 13 de Diciembre, le informamos que los datos facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de la Federación de Servicios Públicos con el fin de realizar la selección, programación y evaluación de la formación recibida así para realizar el envío de nuestra oferta formativa y demás actividades. El declarante de los datos tendrá derecho a ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos. Si desea ejercitar alguno de estos derechos, póngase en contacto con nuestras oficinas, sitas en la Avd. De América, N.º 29-31, Secretaría de Formación, Madrid.

## A Rellenar por la Federación Receptora

Referencia esta solicitud US, este otorgando su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a organismos públicos y empresas privadas con el único fin de realizar el seguimiento, control y la evaluación de la formación recibida.

Núm. de Registro: .....

Fecha de entrada: .....

Hora: .....

Solicitud de Cursos