

# Solicitud de Cursos



## 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:

A.G.E. (Administración General del Estado)       ADMINISTRACIÓN LOCAL       ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

CORREOS       SANIDAD (Insalud y/o Autonómica)       ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

SEXO:  HOMBRE  MUJER

## 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 ..... 200.....

FIRMA: .....

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, del 13 de Diciembre, le informamos que los datos facilitados serán incluidos en un fichero propiedad de la Federación de Servicios Públicos de UGT con el fin de realizar la ejecución, seguimiento 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 America, Nº 25-3, Secretaría de Formación, Madrid.

Rellenando esta solicitud US, esta 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.

## A Rellenar por la Federación Receptora

Núm. de Registro: ..... Fecha de entrada: ..... Hora: .....

(\*) RELLENAR EN LETRAS MAYÚSCULAS