



FEDERACIÓN  
ANDALUZA  
DE MUNICIPIOS  
Y PROVINCIAS



PLAN DE FORMACIÓN CONTINUA 2011  
HOJA DE SOLICITUD DE CURSOS  
(rellenar una hoja por curso solicitado)

Para cursar esta solicitud es imprescindible CUMPLIR LA CONDICIÓN DE EMPLEADO/A PÚBLICO/A LOCAL, verificable por esta Federación en cualquier momento. Asimismo es imprescindible cumplimentar TODOS LOS DATOS SOLICITADOS con letra de imprenta.

CURSO SOLICITADO	Lugar de celebración: Escuela de Salud Pública de Andalucía (ESPA)	Provincia: Sevilla
Denominación:		

DATOS PERSONALES DEL/LA ALUMNO/A		NIF:
Apellidos:		Nombre:
Domicilio particular:		C.P.:
Municipio:		Provincia:
Tlf:	Tlf.móvil:	E-mail:

DATOS DEL CENTRO (ponga el nombre de la Entidad en el lugar correspondiente)		
Diputación de		
Ayuntamiento de		
Mancomunidad de		
Consortio de		
En caso de pertenecer a una empresa local con forma de sociedad mercantil, marque esta casilla		
Departamento/Centro de trabajo:		
Dirección del trabajo:		C.P.:
Municipio:		Provincia:
Tlf:	Fax:	E-mail:

DATOS PROFESIONALES (referidos al puesto de trabajo que desempeña)					
Puesto de trabajo:					
Categoría profesional:					
Funcionario/a: A	B	C	D	E	Laboral: Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5
Estatutario: Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5					Voluntariado:
<small>Nivel 1: Licenciatura Universitaria. Título de Doctor/a, Licenciado/a, Ingeniero/a o Arquitecto/a.          Nivel 2: Diplomado/a Universitario/a. Título de Diplomado/a Universitario/a, Ingeniero/a Técnico/a o Arquitecto/a Técnico/a.          Nivel 3: Técnico/a Superior. Requiere Título de Bachiller o equivalente más 1/2 años de Formación Profesional Específica (FPE).          Nivel 4: Educación obligatoria más 1/2 años de FPE. Técnico (F.P.1) o Bachillerato.          Nivel 5: Educación obligatoria o Iniciación Profesional. Requiere cualificación básica y equivale a la antigua titulación del Certificado de Estudios Primarios.</small>					

SUPERIOR/A AL/LA QUE DEBE COMUNICAR LA ASISTENCIA AL CURSO		
Apellidos:		Nombre:
Tlf:	Fax:	E-mail:

RESPONSABLE DE FORMACIÓN DE LA ENTIDAD LOCAL A LA QUE PERTENECE		
Apellidos:		Nombre:
Tlf:	Fax:	E-mail:

El/La solicitante declara que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.  
Fecha: Firma: