



SOLICITUD DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES INTERNAS DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL

I. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Apellidos y nombre _____ DNI nº _____
Centro de Trabajo: _____ Servicio o Unidad: _____
Categoría profesional: _____ Régimen Laboral (1): _____
Teléfono de contacto: _____ Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

II. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN:

Denominación: _____
Lugar de celebración: _____ Fechas: desde: _____ hasta: _____
Duración total en días: _____ Duración total en horas: _____
El abajo firmante, conoce y acepta expresamente las instrucciones contenidas en la normativa vigente.

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

EL SOLICITANTE,

A CUMPLIMENTAR POR EL ÓRGANO COMPETENTE

1. Las necesidades del Servicio permiten su asistencia: sí no
2. En caso afirmativo, es de interés directo para la Organización: sí no

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

El/La

Fdo.:

Protección de datos:

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de carácter personal que voluntariamente nos facilite por medio del presente documento, serán incorporados a los ficheros informatizados, responsabilidad del Hospital San Cecilio.

Asimismo, se le informa que la recogida y el tratamiento de dichos datos tiene como finalidad gestionar la formación y que el Centro se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y a su deber de guardarlos y adoptará todas las medidas de índole técnica y organizativa para garantizar la seguridad de dichos datos, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

(1) Fijo ó temporal