

**ANEXO II****SOLICITUD DE CURSOS PLAN DE FORMACIÓN ECLAP****AÑO 2020****(ES OBLIGATORIO CUMPLIMENTAR TODOS LOS DATOS)****1.- DATOS PERSONALES.**

| | | | |
|---------------------|--|---------|-----------|
| APELLIDOS: | | NOMBRE: | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | DNI: | TELÉFONO: |

2.- DATOS ADMINISTRATIVOS. (Marcar con una X las casillas correspondientes)

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS. | | ANTIGÜEDAD (EN AÑOS) | GRUPO PROFESIONAL. Marcar con X el correspondiente | | | | |
| <input type="checkbox"/> AYUNTAMIENTO: | | | A1 | A2 | C1 | C2 | AP |
| FUNCIONARIO/A | | LABORAL | | | | | |
| FIJO <input type="checkbox"/> | INTERINIDAD <input type="checkbox"/> | FIJO <input type="checkbox"/> | INTERINIDAD <input type="checkbox"/> | LABORAL TEMPORAL <input type="checkbox"/> Fin contrato: ____ / ____ / 20__ | OTROS <input type="checkbox"/> | | |
| CATEGORÍA PROFESIONAL: | | | | | | | |
| FUNCIONES (Breve descripción): | | | | | | | |
| CENTRO DE TRABAJO / SERVICIO / UNIDAD ADMINISTRATIVA A LA QUE PERTENECE: | | | | | | | |

3.- CURSOS QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA.

| Orden de preferencia | Nº Acción Formativa | DENOMINACIÓN DEL CURSO |
|----------------------|---------------------|------------------------|
| 1º | | |
| 2º | | |
| 3º | | |

Burgos, a ____ de _____ de 2020.

(El/la interesado/a)



| 4.- INFORME DEL JEFE DEL SERVICIO / UNIDAD ADMINISTRATIVA O CENTRO. | Nº DE CURSO SOLICITADO | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1º | | 2º | | 3º | |
| Los contenidos del curso tienen relación directa con el trabajo que el/la solicitante realiza..... | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Observaciones: _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |

CONFORME: El Jefe del servicio / Unidad Administrativa o Centro.

(Firmado y sellado)

Fdo.: _____

Fecha: _____

NO SE ADMITIRAN LAS SOLICITUDES QUE NO ESTEN CUMPLIMENTADAS EN SU TOTALIDAD.

El/la interesado/a autoriza el uso de los datos personales de esta instancia para su uso en el ámbito relacionado con la formación en la Administración Pública. En caso contrario señale con una X la siguiente casilla

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS.