



SOLICITUD DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES EXTERNAS DE FORMACION PARA EL PERSONAL DEL SAS

1. SOLICITUD

1.1.- DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES DE LA PERSONA INTERESADA

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
D.N.I./NIF		CALLE, PLAZA O AVDA.			Nº
LOCALIDAD		C.POSTAL	PROVINCIA		TFNO. DE CONTACTO
CENTRO DE TRABAJO			LOCALIDAD DEL CENTRO DE TRABAJO		
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	DENOMINACIÓN DEL PUESTO		GRUPO
Indicar:				CATEGORIA	
<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO		<input type="checkbox"/> ESTATUTARIO	<input type="checkbox"/> LABORAL	<input type="checkbox"/> EVENTUAL	<input type="checkbox"/> SUSTITUTO <input type="checkbox"/> INTERINO

1.2.- DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE FORMACION:

DENOMINACION				ENTIDAD ORGANIZADORA	
FECHA CELEBRACIÓN:				LUGAR DE CELBRACIÓN	
ACTIVIDAD: DESDE		HASTA	MÓDULO: DESDE	HASTA	DURACIÓN: DIAS
					HORAS
ASISTENCIA EN CALIDAD DE:		<input type="checkbox"/> PONENTE	<input type="checkbox"/> PARTICIPANTE	<input type="checkbox"/> DOCENTE	<input type="checkbox"/> ALUMNO <input type="checkbox"/> INVESTIGADOR ASOCIADO

1.3.- LUGAR, FECHA Y FIRMA:

El/La abajo firmante, conoce y acepta expresamente las instrucciones contenidas en la normativa vigente.

En a de de 20.....

La persona interesadaEl interesado

Fdo.:

2. A CUMPLIMENTAR POR EL ORGANO COMPETENTE

2.1.- INFORME PRECEPTIVO DEL ORGANO COMPETENTE

La asistencia a estas actividades se autorizarán cuando reúnan tres condiciones

- Las necesidades del Servicio permite su asistencia: Si No
- Existe consignación presupuestaria: Si No
- En caso afirmativo, es de interés directo para la Organización: Si No
- En caso afirmativo, incluye:
 - Permiso retribuido del al Si No
 - Gastos inscripción o matrícula. Si No Importe €
 - Gastos de desplazamiento. Si No
 - Dietas. Si No
 - Bolsa Estudios (Cursos superiores a un mes natural) Si No

En a de de 20.....

Fdo.: