**Formulario para inscripción en Acción Formativa**

**1. SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Administración de pertenencia** | 🖵 CUERPO GENERAL DE LA CARM  🖵 PERSONAL ESTATUTARIO DE LA CARM  🖵 PERSONAL DOCENTE DE LA CARM  🖵 PERSONAL ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO  🖵 PERSONAL DE LOS AYUNTAMIENTOS  🖵 PERSONAL DE LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS  🖵 OTRAS *(Especificar)*: |
| **N.I.F.** |  |
| **Apellidos** |  |
| **Nombre** |  |
| **Sexo** |  |
| **Fecha nacimiento** | *(dd/mm/aaaa)* |
| **Domicilio particular** |  |
| **C.P.** |  |
| **LOCALIDAD / MUNICIPIO** |  |
| **Teléfono/ Móvil** |  |
| **Dirección de correo electrónico habitual** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha reingreso maternidad**  Si se ha incorporado al servicio activo, en los últimos doce meses, procedente de un permiso de maternidad o paternidad, o ha reingresado desde la situación de excedencia por razones de guarda legal y atención a personas mayores dependientes o personas con discapacidad, indique la fecha de reingreso. | *(dd/mm/aaaa)* |

**2. PUESTO DE TRABAJO ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Consejería/Organismo/Concejalía/  Entidad |  |
| Denominación del puesto de trabajo |  |
| Grupo Nivel |  |
| Cuerpo escala o categoría profesional |  |
| N.R.P. (para solicitante de la CARM) o Tipo de Personal (*Fijo/Temporal*) para el resto |  |
| Centro directivo/Centro de trabajo: |  |
| Antigüedad: | Años, Meses |
| Teléfono del trabajo |  |

**3. ACCIÓN FORMATIVA SOLICITADA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Código** | 2018/PCU/4531 |
| **Denominación** | LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL |
| **Edición Nº** | *1* |

**4. DISCAPACIDAD**

|  |
| --- |
| ¿Padece alguna discapacidad que requiera adaptación para su asistencia a cursos?  En caso afirmativo, indicar qué adaptación solicita (Mesa adaptada a silla de ruedas,  Interprete para persona sorda, pantalla deficiencia visual o teclado braille). |
|  |

🖵 Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud. Acepto las bases de la convocatoria. Aportaré la documentación acreditativa. El solicitante autoriza a la CARM a recabar de las administraciones competentes cuantos datos sean necesarios para verificar la información cumplimentada en esta solicitud.

🖵 Sus datos personales serán incorporados en un fichero automatizado, siendo tratados de forma totalmente confidencial (Ley Orgánica 15/1999) y únicamente podrán ser utilizados para el estricto cumplimiento de las funciones derivadas de las acciones de formación. Entre ellas se incluye la cesión de los mismos al profesorado, coordinación, colaboración y alumnado, así como a proveedores de formación con idéntica finalidad. También podrán ser utilizados para el envío de información sobre acciones formativas de la Escuela de Formación e Innovación de la Administración Pública. Dado que la declaración de datos de carácter personal relativos a la salud es voluntaria, la aportación de datos sobre discapacidad por parte del/de la interesado/a comportará la aceptación de su tratamiento. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en cualquier momento, dirigiéndose a la Escuela de Formación e Innovación de la Administración Pública de la Región de Murcia.

🖵 He leído y acepto las condiciones de presentación de la instancia.

Murcia, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_