



www.fspugt.es

Deseo Solicitar los Sigüientes Cursos (*)

ORDEN DE PRIORIDAD	DENOMINACIÓN DEL CURSO	HORARIO (mañana o tarde)	CÓDIGO ¹
1			
2			
3			
4			

¹Sólo a cumplimentar por la Federación receptora

Datos Personales (*)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE		N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO PARTICULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
MUNICIPIO		PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
		TELÉFONOS	

Datos Profesionales (*)

ADMINISTRACIÓN A LA QUE PERTENECE:

- A.G.E. (Administración General del Estado)
 ADMINISTRACIÓN LOCAL
 ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA
 CORREOS
 SANIDAD (Insalud y/o Autonómica)
 ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

Categoría Profesional a la que pertenece (Marcar con una cruz lo que proceda):

PERSONAL FUNCIONARIO	PERSONAL LABORAL	PERSONAL ESTATUARIO
GRUPO A	LICENCIATURA UNIVERSITARIA (N.1)	LICENCIATURA UNIVERSITARIA (N.1)
SUBGRUPO A1	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2)	DIPLOMADO UNIVERSITARIO (N.2)
SUBGRUPO A2	TÉCNICO SUPERIOR (N.3)	TÉCNICO SUPERIOR (N.3)
GRUPO B	E. OBLIGATORIA +1/2 a. FPE (N.4)	E. OBLIGATORIA +1/2 a. FPE (N.4)
GRUPO C	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5)	E. OBLIGATORIA o I. PROFES. (N.5)
SUBGRUPO C1		
SUBGRUPO C2		

AÑO DE INGRESO EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: TIPO DE CONTRATO:

MINISTERIO / ORGANISMO / CONSEJERÍA / COMUNIDAD / AYUNTAMIENTO AL QUE PERTENECE

DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL:

DIRECCIÓN PUESTO DE TRABAJO (Calle y Número)	LOCALIDAD	TELÉFONOS
FAX	CORREO ELECTRÓNICO	

Datos Académicos y Titulación Poseída (*)

1).....
2).....

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud de.....200.....

FIRMA:

Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, le informamos que los datos facilitados serán incluidos en nuestro fichero con el fin de enviárselos información sobre nuestros cursos y actividades. El declarante de los datos tendrá derecho a ejercitar el acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos. Si desea ejercitar alguno de estos derechos, póngase en contacto con nuestras oficinas, sitas en la Avda. de América nº 25-3, Secretaría de Formación, Madrid.
Rellenando esta solicitud Ud. está otorgando su consentimiento para que sus datos puedan ser cedidos a organismos públicos y empresas privadas con el único fin de enviárselos información sobre sus cursos.
En caso contrario marque la casilla correspondiente.

A Rellenar por la Federación Receptora

Núm. de Registro: Fecha de entrada: Hora:

(*) RELLENAR EN LETRAS MAYÚSCULAS

Solicitud de Cursos

formarse es progresar