

ANEXO II



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CÓDIGO:	CURSO SOLICITADO:	AÑO 2009
---------	-------------------	-------------

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ N.I.F. _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Sexo: _____
 Domicilio: Calle/Plaza/Nº: _____ Población: _____
 C.P.: _____ Provincia: _____ Tfno. _____ Móvil _____ e-mail _____

DATOS PROFESIONALES

Puesto Actual: _____ Centro de Trabajo: _____
 S.C.S./Dirección General/Hospital: _____ Grupo: _____
 Unidad: _____ Fecha de ingreso en la admón.: / / Fecha de ingreso en la unidad: / /
 Funcionario: de carrera Interino Personal Estatutario: Propietario / interino eventual
 Personal laboral: Fijo / Temporal
 Dirección: _____ C.P.: _____ Localidad: _____
 Estudios (Especialidad) _____ E-mail: _____ Tfno _____ Fax _____
 Funciones en el puesto de trabajo (Imprescindible para la selección):.....

FOTOCOPIA DEL D.N.I.

(ANVERSO) FOTOCOPIA DEL DNI IMPRESINDIBLE PARA SU ADMISIÓN	(REVERSO) FOTOCOPIA DEL DNI IMPRESINDIBLE PARA SU ADMISIÓN
--	--

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud.
 CONFORME,
 EL SUPERIOR JERÁRQUICO DIRECTO
 (Firma y Sello)

..... a de de 2009.

Fdo:.....

(Firma del Solicitante)

ILMA. SRA. DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS

- En cumplimiento con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99, de 13 de diciembre, el arriba firmante autoriza a la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias a incluir sus datos personales en un fichero informático de esta Entidad para remitirle información de los cursos. Cuando usted desee podrá acceder a sus datos, bien solicitar su rectificación o cancelación, enviando una carta a esta Entidad.
- Santa Cruz de Tenerife: c/ Leoncio Rodríguez, 7 - 4ª pta. Edif. El Cabo - 38003 Santa Cruz de Tenerife
- Las Palmas de Gran Canaria: c/ Cano, 25 - 35002 - Las Palmas de Gran Canaria