

DENOMINACION ACTIVIDADE SOLICITADA:

DATAS:

DATOS PERSOAIS:

APELIDOS:

NOME:

NIF:

ENDEREZO (rúa, número, piso...):

Poboación:

CP:

Provincia:

Tfno.particular:

Móbil:

e-mail:

DATOS PROFESIONAIS

Categoría profesional:

Unidade/Servizo:

Teléfono:

e-mail:

A esta solicitude engadiráselle o certificado de servizos prestados no Sistema Nacional de Saúde. (Pódese baixar do FIDES)

É obrigatoria a asistencia e puntualidade a todas as sesións dos cursos. Autorízase a ausencia por causas xustificadas documentalmente non podendo superar en ningún caso o 10% das horas lectivas.

O certificado ou diploma acreditativo de asistencia será expedido pola Dirección da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Coñezo e acepto as condicións xerais previas(para cursar a súa solicitude é imprescindible que marque este recadro)

Unidade de Formación Continuada
Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol
Avda. da Residencia s/n.15405
Ferrol, A Coruña

Enderezo electrónico: formacion.ferrol@sergas.es