Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIAL

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA A ACTIVIDADES EXTERNAS DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL**

## 1. SOLICITUD

### 1.1.- DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES DEL INTERESADO:

| | | |
|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE |

| | | |
|---|---|---|
| D.N.I./N.I.F. | CALLE, PLAZA O AVDA. | Nº |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LOCALIDAD | C. POSTAL | PROVINCIA | TFNO. DE CONTACTO |

| | | |
|---|---|---|
| CORREO ELECTRÓNICO | CENTRO DE TRABAJO | SERVICIO O UNIDAD |

| | | |
|---|---|---|
| DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO | GRUPO | CATEGORÍA |

☐ FUNCIONARIO ☐ ESTATUTARIO EVENTUAL ☐ ESTATUTARIO INTERINO ☐ ESTATUTARIO FIJO ☐ LABORAL FIJO ☐ FIJO DISCONTINUO

### 1.2. DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN

| | |
|---|---|
| DENOMINACIÓN<br>LUGAR CELEBRACIÓN | ENTIDAD ORGANIZADORA |
| FECHA CELEBRACIÓN<br>ACTIVIDAD: DESDE HASTA MÓDULO: DESDE HASTA | DURACIÓN EN ..... DÍAS<br>DURACIÓN EN ..... HORAS |

ASISTENCIA EN CALIDAD DE: ☐ PONENTE ☐ PARTICIPANTE ☐ DOCENTE ☐ ALUMNO ☐ INVESTIGADOR ASOCIADO

**¿Recibe algún tipo de ayuda? SI ( ) NO ( ) En caso afirmativo expresar cuantía y Organismo:**

**SOLICITA AYUDA DE = Matrícula ( ) Dietas ( ) Bolsa ( ) Desplazamiento ( ) Vehículo propio ( ) Marca _____**

**Otros: Tren ( ) Autobús ( ) Avión ( ) Taxi ( ) Modelo _____Matrícula _____**

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

En , a de 20

El interesado

Fdo.: .....

## 2. A CUMPLIMENTAR POR EL ÓRGANO COMPETENTE

### 2.1 INFORME PRECEPTIVO DEL ÓRGANO COMPETENTE

La asistencia a estas actividades se autorizarán cuando reúnan tres condiciones

1. Las necesidades del Servicio permiten su asistencia Si No
2. Existe consignación presupuestaria Si No
3. En caso afirmativo, es de interés para la Organización Si No
4. En caso afirmativo, incluye:

Permiso retribuido del al

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gastos de inscripción o matrícula | Si | No | Importe € |
| Gastos de desplazamiento | Si | No | |
| Dietas. | Si | No | |
| Bolsa de estudios (Cursos superiores a un mes natural) | Si | No | |

En Pozoblanco, a de de 20

Fdo. Pedro Ceballos García

## 3. INFORME DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD /SERVICIO

GRADO DE ADECUACIÓN ACTIVIDAD FORMATIVA A LOS OBJETIVOS DE LA UNIDAD: ( ) ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO

¿SE CONTEMPLABA EN EL PLAN DE DESARROLLO INDIVIDUAL DE LA EDP DEL AÑO ANTERIOR? ( ) NO ( ) SI

¿LAS NECESIDADES DEL SERVICIO PERMITEN LA CONCESIÓN DEL PERMISO? ( ) NO ( ) SI, TODO ( ) SI, PARTE Días _____

¿NECESITA SUSTITUCIÓN? ( ) NO ( ) SI, TODO ( ) SI, PARTE Días _____

FIRMA RESPONSABLE

En _____, a_____de _____de 20

Fdo.: _____

RECIBÍ del/de la INTERESADO/A (en caso de DENEGACIÓN)

En _____, a_____de _____de 20

## 4. INFORME UNIDAD DE FORMACIÓN

CRÉDITO DISPONIBLE: ( ) NO ( ) SI

( ) NO AUTORIZAR. MOTIVO _____

( ) SI AUTORIZAR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

( ) MATRÍCULA _____€ ( ) BOLSA _____€ ( ) DESPLAZAMIENTO _____€

FIRMA RESPONSABLE DE FORMACIÓN

En Pozoblanco, a _____de _____de 20

Fdo.: Sofia Blasco Pelayo