**SOLICITUD ACTIVIDAD FORMATIVA**

**DATOS DEL CURSO**

|  |
| --- |
|  |
|  | Título  | **RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS. TOMA DE DECISIONES** |  |
|  |
|  | Plazo de solicitud: |  **27 DE SEPTIEMBRE AL 8 DE OCTUBRE DE 2021** |   |  Horas: **50** |  |
|  |
|  | Fecha de realización: | **25 DE OCTUBRE AL 15 NOVIEMBRE DE 2021** |  Modalidad: ON-LINE |  |
|  |

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N.I.F: |  |  | N.P.R.: |  |  |
|  |
|  |
|  | Apellidos: |  | Nombre: |  |  |
|  |
|  | Domicilio: |  | Localidad | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |
|  | Provincia: |  | C.P.: |  |  |  |
|  |
|  | Correo electrónico |  | Teléfono: |  | Móvil:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
| **NIVEL ACADÉMICO** |
|  |
|  |  | E.S.O / Ciclo Medio |  | Bachillerato / Ciclo Superior  |  | Diplomatura |  | Licenciatura |
|  |

# COLECTIVO AL QUE PERTENECES

|  |
| --- |
|  *PAS FUNCIONARIO*  ESCALA: GRUPO: NIVEL ÁREA FUNCIONAL: PUESTO:  |
|  *PAS LABORAL*  Grupo : Puesto / Categoría: |
|  |
|  |
|  |
|  |

**DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

Nombre Centro / Facultad:

Dirección:

Turno de Trabajo:

 Nombre y Fecha de Solicitud