**SOLICITUD ACTIVIDAD FORMATIVA**

**DATOS DEL CURSO**

|  |
| --- |
|  |
|  | Título  |  **FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO** |  |
|  |
|  | Plazo de solicitud: |  **27 de septiembre al 8 de Octubre de 2021**  |   |  Horas: **50** |  |
|  |
|  | Fecha de realización: | **25 de Octubre al 15 de 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