



Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL
RECURSOS HUMANOS



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CÓDIGO: FC.PRL.	CURSO SOLICITADO:	AÑO 2019
---------------------------	--------------------------	-----------------

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____
 NIF/NIE/Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: / / Sexo: Hombre / Mujer
 Domicilio: Calle o Vía _____ N° Esc. Piso Puerta
 Población: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono: Móvil: _____ Fijo: _____ E-Mail: _____

DATOS PROFESIONALES

Puesto Actual: _____ Centro de Trabajo: _____
 S.C.S. / Dir. General / Hospital: _____ Unidad: _____
 Grupo: _____ Fecha ingreso en la Admón.: / / Fecha ingreso en la Unidad: / /
 Funcionario: de Carrera / Interino
 Personal Estatutario: Propietario / Interino / Eventual
 Personal laboral: Fijo / Temporal
 Estudios (Especialidad): _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Funciones en el puesto de trabajo (Imprescindible para la selección)

Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y que a fecha de hoy cumplo con los requisitos exigidos para poder solicitar la asistencia al curso convocado.

En _____, a _____ de _____ de 2019

(Firma del Solicitante)

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS

En cumplimiento con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos y garantías de los derechos digitales, 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/ José de Zárate y Penichet 4-F – 38001 - Santa Cruz de Tenerife
- Las Palmas de Gran Canaria: C/ Padre José de Sosa, 22 – 35001 – Las Palmas de Gran Canaria