



Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL
RECURSOS HUMANOS



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CÓDIGO: FC.PRL.	CURSO SOLICITADO:	AÑO 2020
---------------------------	--------------------------	-----------------

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.

Autorizo el envío de información sobre las actividades formativas organizadas por la ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS a través de cualquier medio.

En _____, a _____ de _____ de 2020

(Firma del Solicitante)

DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS

De conformidad con la legislación vigente en España y en la Unión Europea, le comunicamos que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero electrónico titularidad de la ESCUELA DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE CANARIAS, cuya finalidad está única y exclusivamente asociada a la realización de nuestra actividad docente y servicios relacionados, y sobre el que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición o limitación de uso enviando una solicitud a dpd@essscan.es.