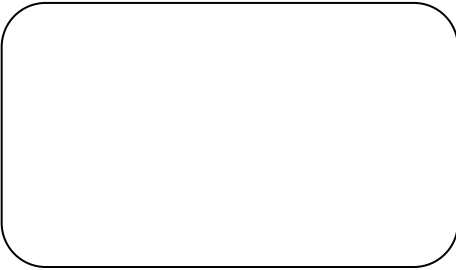




Nº Procedimiento
30362

Código SIACI
SJOJ



ANEXO II

SOLICITUD DE PERMISO PARA ASISTENCIA A ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS

GERENCIA DE _____

DATOS PERSONALES Y ADMINISTRATIVOS			
CENTRO:		N.I.F./N.I.E.:	
NOMBRE:		APELLIDOS:	
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CATEGORÍA:		ESPECIALIDAD:	
UNIDAD/SERVICIO:		TELÉFONO: E-MAIL:	

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA EXTERNA SOLICITADA:			
FECHA	INICIO: ____ de ____ de 20__	FIN: ____ de ____ de 20__	Total Días: ____
PAÍS _____	Provincia _____	Localidad _____	
TIPO ACTIVIDAD:			
<input type="checkbox"/> Congreso	<input type="checkbox"/> Jornada/Reunión	<input type="checkbox"/> Curso	<input type="checkbox"/> OTROS _____
<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Internacional	<input type="checkbox"/> OTROS _____
<input type="checkbox"/> ENTE Público	<input type="checkbox"/> Entidad Privada	<input type="checkbox"/> Distinta Especialidad/Categoría	
PARTICIPA COMO:	<input type="checkbox"/> Asistente	<input type="checkbox"/> Moderador	<input type="checkbox"/> Organizador <input type="checkbox"/> Ponente
FINANCIACIÓN:	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> SESCAM <input type="checkbox"/> OTRAS Públicas
Patrocinador Principal: _____		Otros: _____	
DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA:			
<input type="checkbox"/> Programa informativo de la actividad formativa			

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad que la asistencia o participación a esta acción formativa no vulnera los principios de transparencia, objetividad, neutralidad, integridad, imparcialidad y demás principios éticos incluidos en el código de conducta de los empleados públicos.

Fecha: _____ Firma del Solicitante

Fdo.:

AUTORIZACIÓN: Vista la solicitud formulada por el interesado y la conformidad de _____, SE ACUERDA: _____ Responsable de la Unidad o Servicio)
<input type="checkbox"/> Autorizar/ <input type="checkbox"/> No autorizar la asistencia a la actividad formativa Motivos de la denegación: _____
CONFORME DIRECTOR MÉDICO/GESTIÓN/ENFERMERÍA
En _____, a _____ de _____ de 20.... EL DIRECTOR GERENTE
Fdo.: _____ do.:

El presente formulario es de uso exclusivo de Sescam y no puede ser utilizado para otros fines. Toda reproducción o uso no autorizado quedará sujeta a las sanciones de ley. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Sescam. 2014