

ANEXO II

SOLICITUD DE PERMISO PARA ASISTENCIA A ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS

GERENCIA DE

DATOS PERSONALES Y ADMINISTRATIVOS

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

DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA EXTERNA SOLICITADA:

FECHA	INICIO: de 20.....	FIN: 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:
(Director Médico/Gestión/Enfermería)

Autorizar/ 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.:

Fdo.: