



PLAN INTEGRADO DE FORMACIÓN CONTINUADA SANITARIA 2016 SOLICITUD DE ACCIÓN FORMATIVA

1.- SOLICITANTE

N.I.F.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Domicilio particular		LOCALIDAD	C.P.
			Teléfono particular

Dirección de Correo Electrónico	

PROFESION	Antigüedad Hospital: Años Meses	Edad	Teléfono trabajo

2.- PUESTO DE TRABAJO ACTUAL

Denominación	Centro trabajo	Servicio	Consejería/Organismo

3.- CURSO SOLICITADO

Denominación	Fecha
II Jornadas Médico-Legales Area I de Salud (Murcia-Oeste)	3-junio -2016

El SMS, en aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal de 14 de diciembre de 1.999, se compromete formalmente a utilizar estos datos para la exclusiva finalidad de realizar el tratamiento asociado a la gestión del Plan de Formación para el año 2010. Para cualquier otro uso, será precisa la autorización expresa del solicitante.

	Declaro que son ciertos cuantos datos figuran en la presente Solicitud Murcia, a de de 2016 Firma
--	--

Remitir a: Dra. Elisabeth Monzó
Servicio de Docencia y Formación Continuada
sms-formacionhuva@carm.es
FAX: 968 369778