



DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS

SERVICIO DE FORMACIÓN EMPLEO  
Y DESARROLLO LOCAL

**CEL**

Centro de  
Estudios  
Locales



FEYDL	02.04.04.02.01
 02.04.04.02.01	

## ANEXO II – SOLICITUD CURSO 2ª CONVOCATORIA

<b>SOLICITUD CURSO PLAN DE FORMACIÓN ECLAP</b>	<b>AÑO 2025</b>
--	-----------------

### 1.- DATOS PERSONALES.

APELLIDOS:		NOMBRE:	
CORREO ELECTRÓNICO:		DNI:	TELÉFONO:

### 2.- DATOS ADMINISTRATIVOS. (Marcar con una X las casillas correspondientes)

<input type="checkbox"/> DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS.		ANTIGÜEDAD (EN AÑOS)	GRUPO PROFESIONAL. Marcar con X el correspondiente				
<input type="checkbox"/> AYUNTAMIENTO			A1	A2	C1	C2	AP
<b>FUNCIONARIO/A</b>		<b>LABORAL</b>					
<input type="checkbox"/> FIJO	<input type="checkbox"/> INTERINIDAD	<input type="checkbox"/> FIJO	<input type="checkbox"/> INTERINIDAD	<input type="checkbox"/> LABORAL TEMPORAL Fin contrato: ___ / ___ / 20__		<input type="checkbox"/> OTROS	
CATEGORÍA PROFESIONAL:							
FUNCIONES (Breve descripción):							
CENTRO DE TRABAJO / SERVICIO / UNIDAD ADMINISTRATIVA A LA QUE PERTENECE:							

### 3.- CURSOS QUE SOLICITA POR ORDEN DE PREFERENCIA.

Nº Acción Formativa	Numero edición	DENOMINACIÓN DEL CURSO
2		<b>ABORDAJE Y MANEJO DE PACIENTES AGRESIVOS</b>

Burgos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.  
(El/la interesado/a)

Fdo.: \_\_\_\_\_

<b>4.- INFORME DEL SUPERIOR JERARQUICO / JEFE DEL SERVICIO / UNIDAD ADMINISTRATIVA O CENTRO.</b>	
Los contenidos del curso tienen relación directa con el trabajo que el/la solicitante realiza	<b>SI NO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Observaciones:	

**CONFORME: Superior Jerárquico, Jefe Servicio, Unidad Admin. o Centro.**  
(Firmado y sellado)

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### NO SE ADMITIRAN LAS SOLICITUDES QUE NO ESTEN FIRMADAS Y CUMPLIMENTADAS EN SU TOTALIDAD.

El/la interesado/a autoriza el uso de los datos personales de esta instancia para su uso en el ámbito relacionado con la formación en la Administración Pública. En caso contrario señale con una X la siguiente casilla

**ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS.**