



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

SOLICITUD CURSO PLAN DE FORMACIÓN ECLAP	AÑO 2025
---	----------

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
FUNCIONARIO/A		LABORAL					
FIJO <input type="checkbox"/>	INTERINIDAD <input type="checkbox"/>	FIJO <input type="checkbox"/>	INTERINIDAD <input type="checkbox"/>	LABORAL TEMPORAL <input type="checkbox"/> Fin contrato: ____ / ____ / 20__		OTROS <input type="checkbox"/>	
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		ABORDAJE Y MANEJO DE PACIENTES AGRESIVOS

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

Fdo.: _____

4.- INFORME DEL SUPERIOR JERARQUICO / JEFE DEL SERVICIO / UNIDAD ADMINISTRATIVA O CENTRO.	
Los contenidos del curso tienen relación directa con el trabajo que el/la solicitante realiza	SI NO <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.