



# ANEXO II

## SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN ÁMBITO REGIONAL



Consejería de Educación

F.S.E.

### DATOS PERSONALES

|                      |           |                  |           |        |
|----------------------|-----------|------------------|-----------|--------|
| Primer Apellido      |           | Segundo Apellido |           | Nombre |
| Nº.D.N.I.            |           | Nº.R.P.          |           |        |
| Dirección particular |           |                  | Localidad |        |
| Cód. Postal          | Provincia |                  | Teléfono  |        |

### DATOS PROFESIONALES

|   |           |              |                         |    |
|---|-----------|--------------|-------------------------|----|
| Centro de servicio en el presente Curso Escolar   |           |              | Antigüedad en el centro |    |
| Dirección del centro  |           |              | Localidad               |    |
| Cód. Postal   | Provincia | Teléfono     | Fax                     |    |
| Cuerpo Administrativo   |           | Especialidad |                         |    |
| Ciclo/s Formativo/s que imparte en el presente Curso Escolar  |           |              |                         |    |
| Módulo/s que imparte en el presente Curso Escolar   |           |              |                         |    |
| Implicación o participación en actividades de formación (grupos de trabajo, proyectos de innovación, planes de mejora, etc.) referidos a los últimos cinco cursos escolares. Adjuntar certificaciones correspondientes. (márquese lo que proceda) |           |              | SI                      | NO |

### ACTIVIDADES SOLICITADAS (Por orden preferente)

|    | CÓDIGO ACTIVIDAD | TÍTULO ACTIVIDAD |     | CÓDIGO ACTIVIDAD | TÍTULO ACTIVIDAD |
|----|------------------|------------------|-----|------------------|------------------|
| 1º |                  |                  | 6º  |                  |                  |
| 2º |                  |                  | 7º  |                  |                  |
| 3º |                  |                  | 8º  |                  |                  |
| 4º |                  |                  | 9º  |                  |                  |
| 5º |                  |                  | 10º |                  |                  |

(márquese con una X lo que proceda)

D/Dña: \_\_\_\_\_, director/a del Centro Público \_\_\_ Concertado \_\_\_

---

**CERTIFICA:** que el/la solicitante, es profesor/a funcionario/a \_\_\_ interino/a \_\_\_ otros \_\_\_ en este Centro desde el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, y que los datos aportados son correctos.

Sello Fecha y firma

**SOLICITA** la participación en las Actividades Formativas arriba indicadas.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma

**ILMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DE INNOVACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DEL PROFESORADO.**