

ANEXO II

SOLICITUD DE PERMISO PARA ASISTENCIA A ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS

GERENCIA DE .....

<b>DATOS PERSONALES Y ADMINISTRATIVOS</b>		
CENTRO .....	N.I.F. ....	
NOMBRE:		APELLIDOS:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CATEGORÍA:		ESPECIALIDAD:
UNIDAD/SERVICIO:	TELÉFONO:	E-MAIL:

<b>DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA EXTERNA SOLICITADA:</b>			
FECHA	INICIO: .... de ..... 20....	FIN: .... de ..... 20....	Total Días: .....
PAÍS: .....	Provincia .....		Localidad .....
<b>TIPO ACTIVIDAD:</b>			
<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
<b>FINANCIACIÓN:</b>	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> SESCAM <input type="checkbox"/> OTRAS Públicas
Patrocinador Principal: .....		Otros: .....	
<b>DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTA:</b>			
<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.:

<b>AUTORIZACIÓN:</b>	
Vista la solicitud formulada por el interesado y la conformidad de _____, SE ACUERDA: (Director Médico/Gestión/Enfermería)	
<input type="checkbox"/> Autorizar/ <input type="checkbox"/> No autorizar la asistencia a la actividad formativa	
Motivos de la denegación: _____	
CONFORME	En ....., a ..... de ..... de 20....
DIRECTOR MÉDICO/GESTIÓN/ENFERMERÍA	EL DIRECTOR GERENTE
Fdo.:	Fdo.:

(Los datos recogidos en esta solicitud serán tratados en un fichero informático cuya información está destinada a la Administración y a los propios interesados. El Sescam, garantiza el carácter confidencial de los datos objeto de tratamiento de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y su normativa de desarrollo).