



DIPUTACIÓN DE VALLADOLID

CENTRO DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

MODELO DE INSTANCIA

IMPORTANTE: INDICAR DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

D.N.I.: _____

CURSO QUE SOLICITA: _____

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____

C.P.: _____ TELÉFONO: _____ MÓVIL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DEPENDENCIA / SERVICIO: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

CATEGORÍA: _____

GRUPO: _____ NIVEL: _____ RELACION JURIDICA: _____

LAS LISTAS DE ADMITIDOS APARECERAN UNA SEMANA ANTES DEL INICIO DE CADA ACCIÓN FORMATIVA:

- EN LA PÁGINA WEB DE LA DIPUTACIÓN DE VALLADOLID>PERSONAL>CENTRO DE FORMACIÓN
- EN EL TABLÓN DE ANUNCIOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN
- TAMBIÉN PUEDEN INFORMARSE EN LE TELÉFONO 983427100 EXT.387

Valladolid a, _____

Conforme
Firmado
EL JEFE DE SERVICIO

Firmado
EL SOLICITANTE

NOTA: Rogamos cumplimenten todas las casillas de la instancia.