*Por favor, rellene* ***todos*** *los recuadros en blanco. No olvide indicar la* ***fecha*** *y* ***firmar*** *esta solicitud. Gracias.*

|  |
| --- |
| **HOJA DE INSCRIPCIÓN EN ACTIVIDADES FORMATIVAS** |
|  |
| **Título** | **II JORNADAS EDUCATIVAS DE EMPRENDEDORES EN ENSEÑANZA SECUNDARIA.** |
| **Modalidad** | **JORNADAS**  .: curso, curso a distancia, seminario, jornadas...) |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL** |
| Apellido 1º | Apellido 2º | Nombre |
|  |  |  |
| N.I.F. | Domicilio habitual | Localidad |
|  |  |  |
| Provincia | Código Postal | Teléfono particular | Móvil | Correo electrónico |
|  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Titulación académica:** |  |

 |
|  **DATOS DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL** |

Situación administrativa y profesional

|  |
| --- |
| Profesorado enseñanza concertada □ Profesorado enseñanza noconcertada □ Otros profesionales □  |

|  |
| --- |
| **Funcionario:**Con destino definitivo □ Con destino provisional □ En prácticas □ Interino □ Otros funcionarios □ |

Cuerpo Docente

Maestros □ Secundaria □ Profesor Técnico F. P. □ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

enseñanza que imparte**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ej.:Infantil, Primaria, ESO, Bachillerato, Ciclos Formativos, Adultos, Música, Idiomas.....

Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ej.:Lengua y Literatura, Historia, Audición y Lenguaje, Pedagogía Terapéutica, Tecnología, ...

**Condición requerida, en su caso, en los criterios de selección de la convocatoria y que no se ha señalado anteriormente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Ej.:Cargo directivo, orientador/, condición de tutor/a, profesorado terapeuta o audición y lenguaje, ....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Centro de destino** |  | **Teléfono** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Localidad** |  | **Provincia** |  |

**El abajo firmante declara que son ciertos todos los datos consignados en esta solicitud.**

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 200\_\_

**(Firma)**

**Fdo**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_