

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ASISTENCIA A CURSO DE FORMACIÓN

### SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF
TFNO.	E-MAIL		<input type="radio"/> FUNCIONARIO <input type="radio"/> LABORAL
PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA		CENTRO DE TRABAJO	LOCALIDAD DEL CENTRO

### CURSO QUE SOLICITA

DENOMINACIÓN	
ENTIDAD ORGANIZADORA	LUGAR DE CELEBRACIÓN
FECHAS DE CELEBRACIÓN	HORARIO

### GASTOS

INSCRIPCIÓN <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	IMPORTE	GASTOS DE DESPLAZAMIENTO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	DIETAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
---	---------	--	--

SOLICITA al amparo de lo dispuesto en el

- Art. 17 del Acuerdo Regulador del Personal Funcionario
- Art. 59 del Convenio Colectivo de Personal Laboral

AUTORIZACIÓN para asistir al curso arriba indicado.

Se acompaña a la presente solicitud:

- Programa del curso formativo.
- Informe del Jefe del Servicio o responsable del Departamento

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SORIA