



**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Dependencia

**ANEXO III**  
PLANES DE FORMACIÓN DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

**SOLICITUD**

Actividad que se solicita:	Preferencia: (obligatorio)
Localidad de celebración:	

**Datos personales:**

Apellidos:																	
Nombre:											D.N.I.:						
Domicilio:																	
Teléfono:						Población:											
C.P.:				Provincia													
Titulación Universitaria:																	
E-mail:											@					Sexo (V/M)	

**Datos laborales:**

Funcionario:  Estatutario:  Laboral:

Propietario/fijo:  Interino:  Eventual:

Puesto de trabajo:																Categoría:		
Centro de trabajo:																		
Dirección:																		
Teléfono:						Población:												
FAX:				Cod. Postal:			Provincia											

Deben rellenarse todos los extremos de la solicitud en letra mayúscula. Adjuntar un breve curriculum vitae (no más de dos páginas)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

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