



ANEXO I.A

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ESTANCIA FORMATIVA

FORMULARIO

1. DATOS PERSONALES

NIF/NIE			
APELLIDOS			
NOMBRE			
Dirección de correo electrónico			
Teléfonos fijo	Teléfonos móviles		

2. DATOS PROFESIONALES

Categoría profesional			
Centro de trabajo			
Puesto de trabajo			
Tutor/a de formación sanitaria especializada (marcar una opción)	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO		

3. MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD

3.1. Área de conocimiento

--



3.2. Pertinencia y objetivos de la estancia formativa

4. CENTRO DE REALIZACIÓN DE LA ESTANCIA FORMATIVA

4.1. Centro de destino propuesto

4.2. Idoneidad del destino para realizar la estancia formativa (medios técnicos, humanos, etc...)

5. PROPUESTA DE CALENDARIO

Fecha de inicio:

Fecha de fin:

Jornadas laborales o número de horas:



SOLICITO autorización para la realización de la estancia formativa descrita y declaro que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud

En [] , a [] de [] de [] (1)
(Lugar y fecha)

LA PERSONA INTERESADA

Fdo.: []

6. GARANTÍA DE LA COBERTURA DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y LA ASISTENCIA SANITARIA

Se precisa el nombramiento de personal temporal durante la ausencia

SÍ NO

En [] , a [] de [] de [] (1)

Vº Bº DEL SUPERIOR JERÁRQUICO

Fdo.: []

Puesto: [] (2)

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Unidad de Desarrollo Profesional. C/ Pinares, 6-4ª Planta. 30001 MURCIA

- (1) Los campos de lugar y fecha no deben cumplimentarse en caso de firma electrónica.
(2) Se debe indicar el puesto o cargo que ocupa.

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales se le informa de que sus datos personales serán incorporados a una actividad de tratamiento del que es responsable el Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud. La finalidad es la gestión de la formación continuada del personal del Servicio Murciano de Salud. La legitimación se basa en el consentimiento del interesado y en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Los destinatarios podrán ser otros órganos de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento se realizará enviando una solicitud por escrito acompañada de fotocopia de su DNI, dirigida a la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, C/ CENTRAL, Nº7, EDIFICIO HABITAMIA - 30100 ESPINARDO (MURCIA). Es posible consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos