



ANEXO I.B

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ESTANCIA FORMATIVA

CONFORMIDAD DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE DESTINO

Vista la solicitud de estancia formativa que se indica:

SOLICITANTE				
PERÍODO	Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>
Centro, servicio o unidad donde solicita realizar la estancia (1)				
Gerencia u órgano directivo del que depende el centro, servicio o unidad (2)				

Se informa favorablemente en los siguientes términos:

Motivos y criterios de aceptación de la estancia/capacidad docente

--



Para supervisar la estancia se propone a:

Nombre y apellidos	Categoría/opción

En , a de de (3)

El/La Coordinador/a de Formación Continuada

Fdo.:

- (1) Servicio/unidad en el que se solicita la estancia formativa.
- (2) Gerencia del Servicio Murciano de Salud o, en su caso, órgano directivo (órganos centrales,...) al que se encuentra adscrito el servicio/unidad en el que se solicita la estancia.
- (3) Los campos de lugar y fecha no deben cumplimentarse en caso de firma electrónica.

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