

## ANEXO 1

### SOLICITUD DE PERMISO PARA ASISTENCIA ACTIVIDADES FORMATIVAS EN JORNADA LABORAL

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TALAVERA DE LA REINA

DATOS PERSONALES	
CENTRO DE SALUD/ UNIDAD:	
NOMBRE:	APELLIDOS:
N.I.F.:	
PERSONAL:	<input type="checkbox"/> Sanitario facultativo <input type="checkbox"/> Funcionario <input type="checkbox"/> Sanitario no facultativo <input type="checkbox"/> Estatutario <input type="checkbox"/> No sanitario <input type="checkbox"/> Otros
CATEGORIA (Médico, Enfermero...):	
Teléfono:	Correo electrónico:
ACTIVIDAD FORMATIVA SOLICITADA	
DENOMINACIÓN: .....	
(Fecha inicio: de                      de 200_. Fin : de                      de 200 )	
País:	Provincia:                      Localidad:
<i>Adjuntar Programa informativo de la actividad</i>	
Total días en jornada laboral: ..... Especificar qué días:.....	
<b>TIPO ACTIVIDAD:</b> (MARCAR LAS CASILLAS QUE DESCRIBAN LA ACTIVIDAD)	
<input type="checkbox"/> Congreso	<input type="checkbox"/> Jornada/Reunión <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> OTROS
<input type="checkbox"/> Regional	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> OTROS
<input type="checkbox"/> ENTE Público	<input type="checkbox"/> Entidad Privada <input type="checkbox"/> Distinta Especialidad/Categoría
PARTICIPA COMO: <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Moderador <input type="checkbox"/> Organizador <input type="checkbox"/> Ponente	
<b>FINANCIACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> SESCAM/FISCAM <input type="checkbox"/> OTRAS Públicas	
Patrocinador Principal:	Otros:
OBSERVACIONES	
Asistencia al curso requerida desde la Gerencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> SUSTITUTO (NOMBRE Y APELLIDOS: .....) )	

Firmado \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 200

EL SOLICITANTE

VºBº Coordinador EAP

VºBº Director Area

VºBº Director Gerente

La autorización para acudir a la actividad formativa, tanto por parte del coordinador del EAP, como por los Directores de Área y el Director Gerente estará condicionada a que la cobertura de la asistencia sanitaria quede expresamente garantizada en el presente documento (nombre del sustituto o EAP).