

ANEXO 1-RESIDENTES MFyC

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:	Sanitario facultativo	Funcionario		
	Sanitario no facultativo	Estatutario		
	No sanitario	Otros		
CATEGORIA (Médico, Enfermero...):				
Teléfono:		Correo electrónico:		
ACTIVIDAD FORMATIVA SOLICITADA				
DENOMINACIÓN:				
(Fecha inicio: de de 20 . Fin: de de 20)				
País:		Provincia:		Localidad:
<i>Adjuntar Programa informativo de la actividad</i>				
Total días en jornada laboral: Especificar qué días:				
TIPO ACTIVIDAD: (MARCAR LAS CASILLAS QUE DESCRIBAN LA ACTIVIDAD)				
Congreso	Jornada/Reunión	Curso	OTROS	
Regional	Nacional	Internacional	OTROS	
ENTE Público	Entidad Privada	Distinta Especialidad/Categoría		
PARTICIPA COMO:	Asistente	Moderador	Organizador	Ponente
FINANCIACIÓN:	Propia	Privada	SESCAM/FISCAM	OTRAS Públicas
Patrocinador Principal:			Otros:	
OBSERVACIONES				
Asistencia al curso requerida desde la Gerencia: Sí No				
¿ SUSTITUTO (NOMBRE Y APELLIDOS:)				

Firmado _____ a, _____ de _____, 20____
EL SOLICITANTE

VºBº Tutor Hospitalario/Tutor Principal

VºBº Coordinador Unidad Docente

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).