



SOLICITUD DE COLABORACIÓN EN FORMACIÓN DEL PAS

Seleccione la/s opción/es que desee		FORMADOR/A	<input type="checkbox"/>	COORDINADOR/A	<input type="checkbox"/>
APELLIDOS					
NOMBRE					
Puesto que ocupa					
Centro/Unidad de destino					
Tlfn. contacto		E-mail			
CATEGORÍA PROFESIONAL en UGR					
TITULACIÓN					
OTROS MÉRITOS					
EXPERIENCIA PROFESIONAL EN FORMACIÓN					
ÁREA EN LA QUE DESEA PARTICIPAR (MAX. 2).					
En relación a los méritos me remito a los datos que he presentado y constan en mi Expediente Personal de Formación (EPF)				(Marca una X si estás conforme)	

Fecha:

Fdo.

Sus datos personales aportados en la solicitud, así como aquellos contenidos en la documentación que se acompañe, serán tratados por la UNIVERSIDAD DE GRANADA, con sede en Avda. del Hospicio, s/n, 18071 Granada, con la finalidad de gestionar su solicitud de colaboración con el Área de Formación del PAS. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Universidad de Granada en la dirección anteriormente indicada mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI. De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

