|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| Primer Apellido:  | Segundo Apellido:  |
| Nombre:  | D.N.I. o pasaporte:  |
| Correo Electrónico:  | Teléfono:  |
| **DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA** |  |
| Título y código del curso:  |
|  |
|  | **DESGLOSE DE HORAS** |  |
|  | **Modalidad** | **Número de horas** |  |
|  |  | [ ]  Presenciales (o presenciales en la distancia) |   |  |
|  |  | [ ]  Virtuales (Aula Virtual FPTGAS) |   |  |
|  |  |  |  |  |
| **DATOS ADICIONALES (cumplimentar solo el personal externo a la UGR)** |
| Dirección:  | Localidad:  |
| Provincia:  | Código postal:  |
| Entidad bancaria:  |
| Número de cuenta:  |
| **NOTA: en el caso de profesorado externo a la UGR, se deberá adjuntar copia del DNI.** |
|  |
| **MEDIOS AUDIOVISUALES/INFORMÁTICOS REQUERIDOS PARA LA DOCENCIA** (indicar en su caso): |
|   |
|  |
| **CONDICIONES DE GRABACIÓN**  |
| Doy mi consentimiento a la Universidad de Granada (Área de Formación del PTGAS) para el uso o la reproducción de las secuencias filmadas en video o grabaciones de la imagen y de la voz de mi persona con motivo de mi participación en este curso. Las secuencias grabadas serán utilizadas exclusivamente para la puesta a disposición de las personas participantes en esta actividad formativa con la finalidad de que puedan visualizarse en un momento posterior, y en su caso, se pondrán a disposición en el espacio correspondiente del Aula Virtual de Formación del PTGAS, sin posibilidad de descarga por parte del alumnado. Los archivos de las grabaciones se conservarán durante la duración del Plan de Formación en curso o de la acción formativa en cuestión.CONSIENTONO CONSIENTO[ ]  |
| [ ]  |

 **FIRMA** del/la profesor/profesora:

En , a  de  de 202

**En caso de coincidir el horario del curso con su horario de trabajo, deberá adjuntar el presente documento firmado por el responsable jerárquico del personal.**

|  |
| --- |
| **INFORME DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL FORMADOR/A** |
| Para el personal que no desempeñe sus funciones directamente bajo la dirección de un/una Administrador/a o Jefe/a de Servicio, este documento llevará el VºBº de la persona bajo cuya dirección directa, la persona ejerza sus tareas.Nombre y apellidos de la persona Responsable:  |
| Centro/Servicio/Unidad:  |  |
| Puesto que ocupa:  |  |
| **AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE** |  |
| Autorizo a D./Dña. a impartir docencia en la acción formativa organizada por el Área de Formación del PTGAS titulada: , durante los días: , en horario: , habiendo tomado las medidas oportunas para la recuperación/no recuperación de las horas correspondientes, dado que coinciden con su jornada laboral. |
|  |
|  | **DESGLOSE DE HORAS** |  |
|  | **Total de horas de trabajo a recuperar** | **Total de horas de trabajo sin recuperar** |  |
|  |  |   |   |  |
|  |  |  |  |  |

En , a de de 202

**VºBº** de la persona bajo cuya dirección directa, la persona trabajadora ejerce sus funciones (en su caso):

**FIRMA** de la persona Responsable: