



SOLICITUD DE ASISTENCIA A CURSOS

DATOS DEL CURSO

- **EVALUACIÓN DE RIESGOS EN PRODUCTOS DE CONSUMO: NO ALIMENTARIOS**
10(01)-CM-2024
- **Lugar y fecha de celebración: Albacete, 10 y 11 de diciembre de 2024**
- **Organizado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha**

DATOS DEL SOLICITANTE

Datos personales

- **Nombre y apellidos:**
- **NIF:**
- **Titulación académica:**

Datos profesionales

- **Cargo:**
- **Grupo profesional:**
 - **Personal funcionario (A1, A2, B, C,...):**
 - **Personal laboral (1, 2, 3,...):**
- **Unidad administrativa** (indicar área, unidad, departamento, etc. y tipo de Administración - local, autonómica o del Estado- en la que trabaja):
- **Dirección:**
- **Localidad, provincia y código postal:**
- **Correo electrónico:**
- **Teléfono:**

Fecha y firma del solicitante

CERTIFICADO DEL SUPERIOR JERÁRQUICO

- **Nombre y apellidos:**
- **Cargo:**

CERTIFICA: el interés de esta Organización en que el solicitante asista a la actividad descrita, y que son ciertos los datos contenidos en la presente solicitud y en el currículum adjunto.

Fecha y firma del superior jerárquico