



Dirección General de
Mejora de la Calidad de la Enseñanza
CONSEJERIA DE EDUCACIÓN

Comunidad de Madrid

**Unión Sindical Independiente de
Trabajadores-Empleados Públicos**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA ASISTENCIA A
CURSOS DE FORMACIÓN POR USIT-EP**

TÍTULO DEL CURSO

APELLIDOS Y NOMBRE

NIF (Imprescindible letra)

CORREO ELECTRÓNICO

CÓDIGO
POSTAL

DOMICILIO PARTICULAR

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELÉFONO DE CONTACTO

CENTRO DE TRABAJO (PÚBLICO, CONCERTADO, PRIVADO)

DIRECCIÓN DEL CENTRO

LOCALIDAD

C. POSTAL

TELÉFONO

ETAPA/CICLO/NIVEL/CARGO QUE OCUPA

ÁREA/ESPECIALIDAD/DEPARTAMENTO/FAMILIA

Laboral

P. Religión

Otros

Funcionario

Parado

Opositor

El participante conoce y acepta las condiciones de
participación en la presente actividad en:

_____ a _____ de _____ de 20__

IMPRIMIR, FIRMAR Y
ENVIAR POR FAX

Nº FAX 915938077

Fdo: _____

PARA LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO ES INDISPENSABLE CUMPLIMENTAR CORRECTAMENTE TODOS LOS DATOS
POSIBLES