



**ILUSTRE AYUNTAMIENTO
DE VILLA DE ARICO**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN
EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
PARA PROFESIONALES DE
SERVICIOS SOCIOSANITARIOS**

Modelo 433

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre y apellidos/
Razón Social

N.I.F. /
C.I.F.

DATOS DEL REPRESENTANTE (únicamente tiene que rellenarse en su caso):

Nombre y apellidos/
Razón Social

N.I.F. /
C.I.F.

DATOS DE NOTIFICACIÓN:

Nombre y apellidos /
Razón Social

N.I.F. / C.I.F.

C./Plaza/Avd.

Número

Bloque

Escalera

Piso

Puerta

C.P.

Localidad

Provincia

Teléfono

Móvil

Correo electrónico

Fax

Persona a notificar

Solicitante

Representante

Medio Preferente de Notificación

Notificación en Papel

Notificación Telemática

EXPONE:

Que desea inscribirse en el curso de especialización para profesionales de servicios sociosanitarios.

SOLICITA:

Inscripción en el curso de especialización para profesionales de servicios sociosanitarios los días 20 y 22 de noviembre de 2017 en el Centro de Día de Abades.

En....., a..... de..... de.....

Firma del Solicitante,

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados en un fichero de titularidad del Ayuntamiento de Villa de Arico. En todo caso usted tiene derecho a ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación en el ámbito reconocido por la citada Ley.

SR./A. ALCALDE/SA-PRESIDENTE/A DEL ILUSTRE AYUNTAMIENTO DE VILLA DE ARICO

Vers.01 13/11/2017

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

A rellenar por la Administración			
Aportada	No procede	A requerir	Documentación:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNI, pasaporte, NIE o tarjeta de residencia del solicitante.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En el caso de representación, DNI del representante y escrito de autorización del interesado.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acreditar titulación en cuidador - geo cultor acorde al Decreto 67/2012 de 20 de julio por el que se aprueba el Reglamento regulador de los centros y servicios que actúen en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia en Canarias.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si	No	A rellenar por la Administración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vista la documentación presentada por el interesado la misma se encuentra completa sin perjuicio de su posterior verificación por parte del técnico competente.

NOTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTO

En relación con su solicitud, y por ser preceptivo para su tramitación, se le notifica que, en el plazo de DIEZ DIAS previsto en el artículo 68 de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, de 01 de octubre, deberá aportar la siguiente documentación que no ha sido presentada:

La documentación que está marcada en la casilla "A requerir"

Ha de tener en cuenta que en caso de no aportar la documentación requerida, se podrá considerar que ha desistido de su petición, previa resolución dictada en los términos previstos en el artículo 68 de la citada Ley.

RECIBÍ

Nombre:

Apellidos:

D.N.I. nº:

Firma:

Fecha: