



SOLICITUD DE CURSOS DE FORMACION
AREA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

TÍTULO DEL CURSO

| |
|--|
| |
|--|

DATOS PERSONALES

| | | | |
|--|-------------------|----------------------|------|
| Primer apellido: | Segundo apellido: | | |
| Nombre: | DNI: | Sexo: | Edad |
| Domicilio particular (calle y número): | | Teléfono particular: | |
| Provincia/Municipio: | | Código Postal: | |
| Correo electrónico: | | Teléfono móvil: | |

DATOS ADMINISTRATIVOS

| | | |
|---|----------------------------|----------------|
| Cuerpo o grupo de pertenencia (en activo): | | |
| Puesto de Trabajo actual. Denominación: | Nivel / Grupo Profesional: | |
| Centro directivo: | | |
| Ministerio / Organismo: | | |
| Dirección del puesto de trabajo actual (calle y número) | Provincia/Municipio: | Código Postal: |
| Correo electrónico: | Teléfono: | Fax: |
| Miembro de Comité de Seguridad y Salud: | | |
| - En calidad de representante de la Administración | <input type="checkbox"/> | |
| - En calidad de Delegado de Prevención | <input type="checkbox"/> | |

FORMACIÓN

| Otros cursos realizados en el área que se solicita | Año de realización |
|--|--------------------|
| 1) | |
| 2) | |

Madrid, a de de 200..

CONFORME,
EL SUPERIOR JERÁRQUICO DIRECTO

Fdo: