


PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Centro de Profesores y de Recursos	Denominación de la actividad
 Mérida	“II Encuentro Nacional de Orientadores/as”

DATOS PERSONALES:

Apellidos:		
Nombre:	NIF:	NRP:(*)
Domicilio:		Teléfono:
Localidad:		C. Postal:
Correo electrónico:		Sexo: Varón ; Mujer

DATOS CENTRO DE TRABAJO:

Nombre del Centro:			
Código del Centro:(*)	Teléfono:	Fax:	Tipo de Centro: <input type="checkbox"/> Público; <input type="checkbox"/> Concertado; <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Dirección:		C. Postal:	Localidad:

DATOS PROFESIONALES:

EDAD

Titulación académica: SUPERIOR <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> OTRAS TITULACIONES <input type="checkbox"/>	Especialidad: -
Nivel educativo que imparte: <input type="checkbox"/> Ed. Infantil; <input type="checkbox"/> Ed. Primaria; <input type="checkbox"/> Ed. Secundaria; <input type="checkbox"/> Ciclos Form. Profes.; <input type="checkbox"/> Bachillerato; <input type="checkbox"/> E. O. Idiomas; <input type="checkbox"/> Ed. Especial; <input type="checkbox"/> Ed. de Adultos; <input type="checkbox"/> Enseñanzas Régimen Especial; <input type="checkbox"/> Equipo Ori. Educativa; <input type="checkbox"/> Otros (especificar):	Cuerpo docente: <input type="checkbox"/> Maestros/as <input type="checkbox"/> Prof. Secundaria; <input type="checkbox"/> Prof. Técnico F.P.; <input type="checkbox"/> Profesor EOI; <input type="checkbox"/> No funcionario; <input type="checkbox"/> Otros (especificar):
Asignatura/s, Área/s o Ciclo/s que imparte:	Situación administrativa: <input type="checkbox"/> P. Definitivo; <input type="checkbox"/> P. Provisional; <input type="checkbox"/> Interino; <input type="checkbox"/> Funcionario en Práctica; <input type="checkbox"/> Contratado; <input type="checkbox"/> Comisión de Servicios; <input type="checkbox"/> No Funcionario; <input type="checkbox"/> Otros (especificar):

El/La profesor/a abajo firmante solicita ser admitido al curso arriba indicado y declara cumplir los requisitos establecidos para realizarlo y acepta las condiciones de participación, de de 200....
 EL/LA PROFESOR/A,

Fdo.:

SR. DIRECTOR CENTRO DE PROFESORES Y DE RECURSOS DE _____MÉRIDA_____

Enviar el Boletín de inscripción a: CPR de MÉRIDA C/. LEGIÓN V, N° 2 (06800) MÉRIDA Teléfono: 924 009744; Fax: 924 009934
 E-Mail: cpr_merida@edu.juntaextremadura.net

Nota: Será desestimada la solicitud que no esté debidamente cumplimentada. El solicitante se hace responsable de la exactitud de los datos recogidos en esta inscripción.

(*) EL NRP Y EL CODIGO DEL CENTRO NO SON NECESARIOS, SI ES IMPRESCINDIBLE EL NIF CON SU LETRA CORRESPONDIENTE. ¡ GRACIAS!