

**DENOMINACION ACTIVIDADE SOLICITADA:****DATAS:****DATOS PERSOAIS:**APELLIDOS NOME NIF

ENDEREZO: (rúa, número, piso...)

Poboación CP ProvinciaTfno.particular Móbil: e-mail**DATOS PROFESIONAIS**

Categoría profesional

Unidade/Servizo

Teléfono e-mail

**Tan só se deben engadir os certificados de servizos prestados noutras Áreas do SERGAS que se poden descargar do FIDES. O tempo traballado en Servizos de Saúde doutras CCAA débese aportar co total de días contabilizados.**

É obrigatoria a asistencia e puntualidade a todas as sesións dos cursos. Autorízase a ausencia por causas xustificadas documentalmente non podendo superar en ningún caso o 10% das horas lectivas.

O certificado ou diploma acreditativo de asistencia será expedido pola Dirección da Área Sanitaria de Ferrol.

Coñezo e acepto as condicións xerais  previas(para cursar a súa solicitude é imprescindible que marque este recadro)

**Unidade de Formación Continuada  
da Área Sanitaria de Ferrol  
Avda. da Residencia s/n.15405 Ferrol,  
A Coruña**

**Correo electrónico: [formación.ferrol@sergas.es](mailto:formación.ferrol@sergas.es)**