

# IMPRESO DE SOLICITUD DE CENTROS

## DATOS PERSONALES

Primer Apellido _____		Segundo Apellido _____		Nombre _____
N.I.F. _____	Cuerpo o Escala _____			Especialidad _____
Domicilio, calle y núm. _____				
Localidad _____	Código Postal _____	Provincia _____	Teléfono _____	

## DATOS ADMINISTRATIVOS

<input type="checkbox"/> COMISIÓN DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/> EXPECTATIVA DE DESTINO
<input type="checkbox"/> DESPLAZADO/A	<input type="checkbox"/> PROVISIONAL
<input type="checkbox"/> SUPRIMIDO/A	<input type="checkbox"/> PRÁCTICAS

Nº. ORD	DENOMINACIÓN DEL CENTRO	LOCALIDAD	ITNER	COMP.	CON ASIG. COMPLEM.
			<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"/>
			<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"/>
			<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"/>

Ávila a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_