



IMPRESO SOLICITUD DE CENTROS
Funcionarios docentes sin destino definitivo
Curso 2015/2016

Cuerpo _____

Especialidad _____

DNI _____ NRP _____

Apellidos y Nombre _____

Domicilio durante el curso _____

Localidad _____ Teléfono _____

SOLICITA SER CONFIRMADO EN EL CENTRO DEL CURSO ANTERIOR: SI NO

Centro _____

Si no hay horas suficientes en su especialidad, prefiere:

Compartir centro Impartir además otras especialidades

| Nº | Código Centro | Denominación |
|----|---------------|--------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |

| Nº | Código Centro | Denominación |
|----|---------------|--------------|
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 29 | | |
| 30 | | |

(Si necesita pedir más centros, presentar otra petición)

En Valladolid, a _____ de _____ de 2015

(Firma del interesado)