



**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	Nº	Código Centro	Denominación
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

(Si necesita pedir más centros, presentar otra petición)

En Valladolid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

(Firma del interesado)