



**Curso 2019/2020 FEBRERO/JUNIO**  
**SOLICITUD DE CURSOS DE EUSKERA**  
**ANEXO I**

**Curso de 5 horas e internado, cambio al módulo de 2 horas**

**DATOS DEL ALUMNO O ALUMNA**

DNI \_\_\_\_\_ Sexo: : Mujer  Hombre  No binario

1er Apellido \_\_\_\_\_ 2º Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo \_\_\_\_\_ Campus \_\_\_\_\_

Centro o Servicio \_\_\_\_\_

Perfil del puesto \_\_\_\_\_ Fecha de preceptividad \_\_\_\_\_

**Relación laboral**

**Lan harremana**

- |  |                          |                                 |                          |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Funcionario o funcionaria de carrera   | <input type="checkbox"/> | Laboral indefinido o indefinida | <input type="checkbox"/> |
| Funcionario o funcionaria interina en puesto vacante                                       | <input type="checkbox"/> | Laboral temporal en vacante     | <input type="checkbox"/> |
| Funcionario o funcionaria interina (sustitución)   | <input type="checkbox"/> | Laboral temporal                | <input type="checkbox"/> |
| Funcionario o funcionaria interina (sustitución sindical, para las solicitudes de 5 horas) | <input type="checkbox"/> | Mediante contrato programa      | <input type="checkbox"/> |

**Euskara**

- No tengo conocimientos – empezar de 0
- Estudio en este curso 18/19
- Estuve estudiando en el curso 17/19
- Último nivel aprobado \_\_\_\_\_ ¿En qué curso académico? \_\_\_\_\_

**CURSO SOLICITADO**

**Nota: si este apartado no se rellena bien, no se admitirá esta solicitud**

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 5 horas <input type="checkbox"/>                                 | Municipio _____      |
| Internado <input type="checkbox"/>                               | Horario: _____       |
| 2 horas (solo para el cambio de módulo) <input type="checkbox"/> | Día de inicio: _____ |
| 2 horas en horario laboral <input type="checkbox"/>              | Último día: _____    |
| 2 horas fuera de horario laboral <input type="checkbox"/>        |                      |

Firma de la persona solicitante \_\_\_\_\_ VºBº del superior o superiora(\*) \_\_\_\_\_

Nombre:..... Nombre: .....

Data/ Fecha:.....

**(\*)En caso de no recibir el VºBº del superior o superiora, éste o ésta deberá leer y cumplimentar la nota del punto 5 de la convocatoria.**

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, recogidos en este formulario, según se establece en las bases de la convocatoria y en las siguientes normas: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, que regula la Protección de Datos de Carácter Personal; normativa sobre medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contienen datos personales, aprobada mediante Real Decreto 994/1999, de 11 de junio; y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición pueden dirigirse a la Secretaría General del IVAP: C/ Donostia-San Sebastián, 1; 01010 Vitoria-Gasteiz