

**AUTORIZACIÓN PARA PODER PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DEL PROGRAMA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN DEL PLAN DE FORMACIÓN**

**1 DATOS PERSONALES**

|                 |                  |        |        |
|-----------------|------------------|--------|--------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | N.I.F. |
|-----------------|------------------|--------|--------|

**2 ACTIVIDADES FORMATIVAS SOLICITADAS PARA LAS QUE PRESENTO AUTORIZACIÓN:**

Si me seleccionan, me comprometo a participar en estas actividades formativas.  
En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

**3 AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA SUPERIOR JERÁRQUICA**

Autorizo y apoyo la participación en las actividades anteriormente indicadas y confirmo que tiene ..... personas a su cargo. ( indicar número)  
Cargo de la persona que autoriza:  
.....

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.:

\* Enviar firmado a [competenciasdirectivas.iaap@juntadeandalucia.es](mailto:competenciasdirectivas.iaap@juntadeandalucia.es)