Centro Nacional de Formación Profesional Ocupacional de Valladolid

SOLICITUD PARA EL CURSO: _____

NIF [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **Oficina de empleo que le Corresponde** [ ] **Fecha de solicitud:** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(Imprescindible indicar la letra del NIF)

Apellidos

Nombre Fecha de nacimiento:

Disponibilidad					
Mañana		Tarde		Ambas	

País de origen: ESPAÑA

Domicilio habitual (Asegúrese de poner todos los datos, piso, número código postal, etc.)

Dirección C/Pza/Nº/piso/

Código postal Localidad

Provincia

Teléfono Móvil

1. ESTUDIOS Y FORMACION

Título académico / Especialidad / Rama	Centro docente	Fecha aprox.

Cursos de especialización, perfeccionamiento y/o formación complementaria	Centro docente	Fecha aprox.

2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Experiencia profesional	Centro , empresa	Tiempo experiencia (*)

Firma del interesado

_____

Centro Nacional de Formación Ocupacional– C/ Villabáñez, 26. 47012 Valladolid- Telf. 983.293.662 - Fax 983.304.249