**NÚMERO DE EXPEDIENTE (CUMPLIMENTAR POR EL IAAP)**

**SOLICITUD DE HOMOLOGACIÓN DE NUEVAS EDICIONES DE ACCIONES FORMATIVAS HOMOLOGADAS POR EL INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **DATOS DEL PROMOTOR DE FORMACIÓN** | | |
| Promotor: | |  | |
| 1.1 | RESPONSABLE DE FORMACIÓN | | |
| Nombre y Apellidos: | | | DNI: |
| Teléfono: ……………………………………………………  Dirección de correo electrónico: ................................................................................................................................. | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **DATOS GENERALES DE LA ACCIÓN FORMATIVA** | | | |
| Denominación: | | | | |
| Nº de Expediente | |  | Fecha Resolución de homologación |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **RELACIÓN DE EDICIONES PARA LAS QUE SE SOLICITA LA HOMOLOGACIÓN** | | | |
| Nº Edición | | Fecha de inicio | Fecha de fin | Horario (solo si la actividad es presencial) |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| ***Documentación que debe acompañar a la solicitud:***   * ***Copia de la Resolución de Homologación de la Acción Formativa*** | | | | |

***Rellene los apartados 4, 5 y 6 si ha habido variaciones respecto a lo solicitado en la homologación de la Acción Formativa***

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **DATOS DEL LUGAR DE IMPARTICIÓN (solo si la actividad es presencial)** |
| Denominación del centro: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dirección: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Código Postal: ……………………………… Localidad: ……………………………………………………………………………………………………………………  Responsable o persona de contacto: …………………………………………………………………………………………………………………………………..  Observaciones: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5** | **DATOS DEL PROFESORADO. Relación nominal del profesorado interviniente** | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI | UNIDAD/ES DE APRENDIZAJE A IMPARTIR (números) |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| OBSERVACIONES: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | **INSTALACIONES Y MATERIAL** | |
| En relación con la Acción Formativa la Entidad solicitante se compromete a que el equipamiento, dotación formativa y material didáctico del profesorado y participantes posibilitará la impartición de los contenidos íntegros homologados por el IAAP, en las condiciones adecuadas para conseguir los objetivos previstos.  Asimismo en relación a las instalaciones donde se propone la impartición de las Acciones Formativas solicitadas se garantiza que las mismas reúnen las condiciones higiénicas, acústicas, de habitabilidad, seguridad y accesibilidad exigidas por la legislación vigente. | |
| **6.1 MATERIAL DIDÁCTIVO** | |
| SE ADJUNTA EN SOPORTE INFORMÁTICO:  Manual del alumnado  Otro material didáctico: …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Acceso a la plataforma de Teleformación (en caso de acciones formativas on line) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA** |
| La persona abajo firmante **DECLARA,** bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y **SOLICITA** la homologación de las ediciones que se proponen.  En ....................................................... a ..........................de .................................................... de ............................  EL/LA ...............................................................................  Fdo.: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

ILMO/A. SR/A DIRECTOR/A DEL INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ADOLFO POSADA

|  |
| --- |
| **PROTECCIÓN DE DATOS**  En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Consejería de Hacienda y Sector Público le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de la homologación de acciones formativas organizadas por promotores de la Administración del Principado de Asturias.  De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Instituto Asturiano de Administración Pública, Avenida Julián Clavería nº 11, 33006 Oviedo, Asturias. |