

**SOLICITUD EN MATERIA DE:**  
**Programa específico de formación complementaria**

**NORMATIVA DE APLICACIÓN:**

**Ley 55/2003**, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (art.69.3)  
**Decreto 189/2004**, de 14 de diciembre (art. 4.c/g)  
**Decreto 12/2007**, de 23 de enero (art. 17.3)  
**Informe** de la Secretaría General del Servicio Extremeño de Salud de 1 de julio de 2011.

**1.- INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA ESPECÍFICO DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA (P.E.F.C.)**

Resumen del Informe de la Secretaría General del SES de 01/07/2011:

- El programa de formación se aplicará a los profesionales que hayan permanecido sin interrupción **al menos dos años sin ejercer funciones asistenciales** ... por haber prestado servicios en puestos o áreas de naturaleza no asistencial, ya sea en comisión de servicio o bajo cualquier otra figura de provisión.
- En los supuestos de especialidades o categorías sanitarias en las cuales la actualización de conocimientos haya de ser constante, cada Área de Salud podrá ponderar dicha circunstancia a efectos de establecer un tiempo inferior a dos años sin ejercer funciones asistenciales.
- Con carácter general y a reserva de las situaciones especiales que puedan precisar de un tratamiento diferenciado y adaptado a las circunstancias del solicitante, se podrá realizar la actualización formativa por un período de **hasta un mes por año de inactividad asistencial, hasta un máximo de seis meses**.

**2.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO**

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
CENTRO DE TRABAJO:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO: (preferentemente corporativo)			

**3.- SITUACIÓN PREVIA QUE CAUSA LA NECESIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

- REINGRESO AL SERVICIO ACTIVO
- HABER PRESTADO SERVICIOS EN PUESTOS O ÁREAS DE NATURALEZA NO ASISTENCIAL, YA SEA EN COMISIÓN DE SERVICIOS O BAJO CUALQUIER OTRA FIGURA DE PROVISIÓN.
- OTRAS SITUACIONES (especificar):

FECHA:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

**4.- INFORME A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN / SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE**

CARGO:			
NOMBRE:			
ÁMBITO DEL P.E.F.C.:	DESDE	HASTA	
FECHA DE EMISIÓN DEL PRESENTE INFORME:	FIRMA Y SELLO:		

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**  
Avda. de Huelva, 8 – 06005 BADAJOZ