



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I UNIVERSITAT
B

ANNEX 2

Sol·licitud de reconeixement de la consolidació personal parcial del complement retributiu específic per l'exercici del càrrec de director de centres docents públics de les Illes Balears

DADES PERSONALS

Llinatges:		Nom:
DNI:	Telèfon de contacte:	
Domicili particular:		
Codi postal:	Localitat:	Illa:

DADES PROFESSIONALS

Cos:	NRP:
Centre de destinació definitiva:	
Lloc de feina actual:	
Altres situacions :	

EXERCICI DEL CÀRREC DE DIRECTOR/A

Centre	possessió			cessament			serveis		
	dia	mes	any	dia	mes	any	anys	mesos	dies

_____, ____ de _____ de 2017

(signatura de la persona interessada)