



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I UNIVERSITAT
B
/

ANEXO 2

Solicitud de reconocimiento de la consolidación personal parcial del complemento retributivo específico por el ejercicio del cargo de director de centros docentes públicos de las Illes Balears

DATOS PERSONALES

Apellidos:		Nombre:
DNI:	Teléfono de contacto:	
Domicilio particular:		
Código postal:	Localidad:	Isla:

DATOS PROFESIONALES

Cuerpo:	NRP:
Centro de destino definitivo:	
Centro de trabajo actual:	
Otras situaciones:	

EJERCICIO DEL CARGO DE DIRECTOR/A

Centro	Posesión			Cese			Servicios		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días



_____, ____ d _____ de 2017

(Firma de la persona interesada)