



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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

C. del Ter, 16, 1r
Polígon de Son Fuster
07009 Palma
Tel. 971 17 78 00

educacioiuniversitat.caib.es



| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

_____, ____ d _____ de 2018

(Firma de la persona interesada)