

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 2019

(Firma de la persona interesada)