



**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 2024

(Firma de la persona interesada)