



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	POSSESIÓ			CESSAMENT			SERVEIS		
	DIA	MES	ANY	DIA	MES	ANY	DIA	MES	ANY

_____, ____ de _____ de 2026

(signatura de la persona interessada)