



**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria d'Educació i Universitat

**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 Islas Baleares**

**DATOS PERSONALES**

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

**DATOS PROFESIONALES**

Cuerpo:	NRP:
Centro de destinación definitiva:	
Lugar 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 2015

(Firma de la persona interesada)