

Anexo I “Desarrollate con nosotros”

A cumplimentar por el empleado

Nombre y apellidos

DNI

Departamento

Área

Puesto

Responsable

Titulación impartida por UNIR en la que estás interesado

Fecha de inicio

Fecha de fin

La formación contempla periodo de prácticas SI NO

Duración de las prácticas meses

Fecha de inicio de prácticas

Fecha de fin de prácticas

Suspensión SI NO Días naturales de suspensión *(hasta 30 días máximo)*

Excedencia SI NO Fecha de inicio Fecha de fin

Vacaciones SI NO Fecha de inicio Fecha de fin

A cumplimentar por el responsable

El colaborador cumple los requisitos requeridos SI NO

La formación solicitada tiene relación al puesto de trabajo SI NO

Justificación:

Observaciones a tener en cuenta

En , a

Firma del empleado	Firma Director de Departamento / Decano	Firma de RRHH