**SOL·LICITUD D’ADHESIÓ A PLANS AGRUPATS**

**Data de la sol·licitud:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sr/Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

amb càrrec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

sol·licita l’adhesió de l’entitat declarada en aquest document al Pla de Formació per l’ocupació de caràcter agrupat promogut pel promotor amb CIF: PO800000B i nom Diputació de Barcelona , a qui faig constar les dades següents:

**Dades de l’entitat que sol·licita l’adhesió:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’entitat |  |
| CIF de l’entitat |  |
| Domicili |  |
| Localitat |  |
| Província |  |
| Codi Postal |  |
| Telèfon |  |
| Fax |  |
| Correu electrònic de contacte |  |

**Dades corresponents a l’exercici 2023**

|  |  |
| --- | --- |
| Plantilla de personal de l’Ajuntament i el seu sector públic dependent aprovada pel Ple |  |
| Fons propis destinats a formació |  |

**Representació sindical**

|  |  |
| --- | --- |
| Necessita presentar informe de representació sindical (SI / NO) |  |
| Informe favorable o desfavorable |  |

**Empleats públics a adherir al Pla Agrupat**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’empleats públics a adherir  |  |

 Firma i segell de l’Entitat

Signant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Càrrec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |