

Autorización petición de informe

DATOS PERSONALES

DNI/NIF	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Teléfono	Domicilio: Calle o plaza, Número, Localidad y Concejo		Código Postal
Centro de destino asignado			
Cuerpo	Especialidad		
<p>Autoriza la emisión de informe por parte del centro de valoración de personas con discapacidad competente y el posterior traslado de su contenido al Servicio de plantillas y costes de personal, relativo a la compatibilidad de su discapacidad concreta con el desempeño del puesto adjudicado como personal docente.</p>			

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Firma)