

Solicitud de Participación

Nº. de Expediente: _____

Empresa Pública: _____

Acción Formativa (denominación y número): _____

Comente su interés en la participación en la acción formativa: _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE		
Apellidos y Nombre: _____		
Dirección: _____		CP: _____ Teléfono: _____
NIF: _____ Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____		
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Edad: _____ Sexo: _____ Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin titulación	<input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar): _____
	<input type="checkbox"/> ESO/ Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1 ^{er} . Ciclo)
	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2 ^o . Ciclo)
	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI	<input type="checkbox"/> Doctor
	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII	
ÁREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Dirección	CATEGORÍA: <input type="checkbox"/> Directivo
	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Mando Intermedio
	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Técnico
	<input type="checkbox"/> Mantenimiento	<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado
	<input type="checkbox"/> Producción	<input type="checkbox"/> Trab. de baja cualificación
(grupos de cotización 6, 7, 9, 10)		

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE	
Empresa con más de 250 trabajadores SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SECTOR/CONVENIO _____
Razón Social: _____	
Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____ C.I.F.: _____	
Domicilio del Centro de Trabajo: _____	
Localidad: _____	C.P.: _____

El abajo firmante declara que los datos expresados se corresponden con la realidad y que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada.

Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, autoriza el tratamiento de los datos personales (incluyendo su incorporación en los correspondientes ficheros) incorporados en la solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa, para la gestión, financiación, control, seguimiento y evaluación de la acción formativa por la Consejería de Igualdad y Empleo.

El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable la Consejería de Igualdad y Empleo; así mismo autoriza a dicha Consejería para que, si es admitido en la acción formativa, pueda recabar de las distintas Administraciones cuantos datos sean necesarios, al objeto de verificar su situación laboral y correcto cumplimiento y seguimiento de su inserción laboral.

Fecha: _____

Firma del Trabajador

- (1) Relación de Códigos: RG Régimen General, FD fijos discontinuos en períodos de no ocupación, RE regulación de empleo en períodos de no ocupación, AGP Régimen Especial Agrario por cuenta propia, AGA Régimen Especial Agrario por cuenta ajena, AU Régimen Especial Autónomos, AP Administración Pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con Convenio Especial con la Seguridad Social, FDI trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (con trabajos discontinuos) en sus períodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el Régimen Especial del Mar, CP Colegio Profesional.