

ANEXO I Solicitud de Participación

Nº de Expediente _____
Entidad solicitante del Proyecto formativo: _____
Acción Formativa (denominación y número): _____

P
I
a
n
e
s

d
e

F
o
r
m
a
c
i
ó
n

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA / PARTICIPANTE															
1 ^{er} . Apellido: _____		2 ^o . Apellido: _____													
Nombre: _____		Dirección _____													
Localidad _____		CP _____													
Tfno.: _____		Email: _____													
NIF: _____		Nº. de afiliación a la Seguridad Social: _____													
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Género: _____													
Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">ESTUDIOS</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Sin titulación</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Bachiller</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Graduado Escolar</td> <td><input type="checkbox"/> FPI</td> <td><input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1^{er}. ciclo)</td> <td><input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2^o. Ciclo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio</td> <td><input type="checkbox"/> FPII</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)</td> </tr> </table>				ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin titulación	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior	<input type="checkbox"/> Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1 ^{er} . ciclo)	<input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2 ^o . Ciclo)	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio	<input type="checkbox"/> FPII	<input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)	
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin titulación	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior												
<input type="checkbox"/> Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1 ^{er} . ciclo)	<input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2 ^o . Ciclo)												
<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio	<input type="checkbox"/> FPII	<input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)													
AREA FUNCIONAL (sólo ocupados)		CATEGORIA													
<input type="checkbox"/> Dirección		<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"/> Trabajador de baja Cualificación (*)													
(*) Grupos de cotización 06, 07, 09 o 10 de la última ocupación. En el caso de tratarse de personas desempleadas aquellas que no estén en posesión de un carnet profesional, certificado de profesionalidad de nivel 2 o 3, título de formación profesional o de una titulación universitaria.															
PARTICIPANTE:															
<input type="checkbox"/> Ocupado. Consignar Código (1): _____															
<input type="checkbox"/> Desempleado (DSP) <input type="checkbox"/> Desempleado de larga duración (**) (DSPLD)															
<input type="checkbox"/> Situación de cuidador no profesional (CPN)															
(**) Personas inscritas como demandantes en la oficina de empleo al menos 12 meses en los 18 meses anteriores a la selección.															

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE	
Empresa con más de 250 trabajadores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SECTOR/CONVENIO _____
Razón 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 la convocatoria actual no participa más de una vez en la misma acción.

Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa, para (I) la gestión, financiación, control, seguimiento y evaluación de la acción formativa por el Servicio Público de Empleo Estatal sito actualmente en la calle Condesa de Venadito nº 9 (28027-Madrid), directamente, a través de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que intervengan por cuenta del mencionado organismo o entidad en alguna de las citadas actividades; (II) la cesión a los beneficiarios de las subvenciones para la ejecución de las acciones complementarias que el Servicio Público de Empleo Estatal convoque y conceda al amparo de lo previsto en el capítulo III del Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, a los únicos efectos de que estos beneficiarios puedan llevar a cabo tales acciones complementarias sin quedar facultados por ello a realizar ningún tipo de comunicación o revelación de tales datos personales a ningún tercero, y debiendo destruirlos una vez finalizada la acción complementaria de que se trate; y (III) la comunicación a las Administraciones Públicas correspondientes de las instituciones comunitarias, con motivo del cumplimiento de las obligaciones legales impuestas por la normativa administrativa y comunitaria, para la gestión de convocatorias de subvenciones públicas realizada en el marco de las iniciativas de formación.

Los datos personales a que se refiere el párrafo anterior serán incorporados a un fichero titularidad del Servicio Público de Empleo Estatal debidamente inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos. El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable el Servicio Público de Empleo Estatal ante la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, dirigiéndose por escrito a ésta última en su sede social, sita en la calle Torrelaguna, 56, 28027 Madrid), en los términos de la normativa vigente.

Fecha: _____ Firma del/de la Trabajador/a

(1) Relación de Códigos: RG régimen general, FD fijos discontinuos en periodos de no ocupación, RE regulación de empleo en periodos de no ocupación, AGP régimen especial agrario por cuenta propia, AGA régimen especial agrario por cuenta ajena, AU régimen especial autónomos, 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 (contrabajos discontinuos) en sus periodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CP mutualistas de Colegios Profesionales no incluidos como autónomos.

ACCIÓN FORMATIVA (Denominación y Número)

1. _____

DATOS DE CONTACTO Y PARA ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN :

Apellidos:		Nombre:	
Dirección:		Localidad:	C.P.:
Provincia:	Telf móvil:	E-mail:	

2. _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL CENTRO DE TRABAJO

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social del centro de trabajo:

Teléfono del centro de trabajo: FAX del centro de trabajo:

3. _____

GRUPO DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Ingenieros y Licenciados. Personal de alta dirección (*) | <input type="checkbox"/> 7 - Auxiliares administrativos |
| <input type="checkbox"/> 2 - Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados | <input type="checkbox"/> 8 - Oficiales de primera y segunda |
| <input type="checkbox"/> 3 - Jefes Administrativos y de Taller | <input type="checkbox"/> 9 - Oficiales de tercera y Especialistas |
| <input type="checkbox"/> 4 - Ayudantes no Titulados | <input type="checkbox"/> 10 - Peones |
| <input type="checkbox"/> 5 - Oficiales Administrativos | <input type="checkbox"/> 11 - Trabajadores menores de 18 años, cualquiera que sea su categoría profesional |
| <input type="checkbox"/> 6 - Subalternos | |

*: no incluido en el artículo 1.3 c) del Estatuto de los trabajadores

4. _____

INDICA TU PAÍS DE NACIMIENTO

5. _____

¿EN QUÉ LOCALIDAD PREFERIRÍAS RECIBIR LA FORMACIÓN?

6. _____

OTROS CURSOS EN LOS QUE ESTÁS INTERESADO

1. CódigoFLC:	Modalidad	<input type="checkbox"/> Distancia o teleformación	<input type="checkbox"/> Presencial
Denominación:			
2. CódigoFLC:	Modalidad	<input type="checkbox"/> Distancia o teleformación	<input type="checkbox"/> Presencial
Denominación:			
3. CódigoFLC:	Modalidad	<input type="checkbox"/> Distancia o teleformación	<input type="checkbox"/> Presencial
Denominación:			

Fecha:

Firma del Trabajador: