

Solicitud de Participación

Nº. de Expediente

Entidad solicitante del Plan de Formación: :

Acción Formativa (denominación y número): _____

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

DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A PARTICIPANTE

Apellidos y Nombre: _____

Dirección _____ CP _____ Teléfono _____

NIF: _____ Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____

Edad: _____ Sexo: _____ Discapacidad: SI NO

ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio
	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios	<input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior
	<input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato
	<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> Diplomatura
MAÑANA	<input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> Licenciatura

AREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Dirección	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> Directivo/a
	<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/a cualificado
	<input type="checkbox"/> Producción		<input type="checkbox"/> Trab. No Cualificado

Colectivos (1) (Consignar Código): _____

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

PYME (2) NO PYME SECTOR / CONVENIO _____

Razón Social: _____

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____ C.I.F.: _____

Domicilio del Centro de Trabajo: _____

C.P. _____

El/la abajo firmante declara que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada. Asimismo, y a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo al Servicio Regional de Empleo a efectos de seguimiento, control y evaluación de la formación recibida, así como para el acceso a mis datos de Seguridad Social, directamente por propio organismo o a través de la entidad que solicita el plan de formación.

Fecha: _____

Firma del/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, AG régimen especial agrario, AU régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado/a hogar, DF trabajadores/as que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores/as 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.
- (2) Se entenderá por PYME las empresas que emplean a menos de 250 personas