

SI- SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------|--|----------------------------|---|--|--|--|------------------|-----|------------------------|--|-----|--|
| CÓDIGO Y NOMBRE DE LA ENTIDAD DE FORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E1506 - CONSULTORÍA Y DESARROLLO PERSON, SL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION FORMATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº EXPEDIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS PERSONALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | | | | SEXO | | <input type="checkbox"/> H | | <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | | | |
| MINUSVALIA | | <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SI | | En caso afirmativo, especifique porcentaje: | | | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | Nº de Afiliación Seguridad Social | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO FIJO | | | | | TELÉFONO MÓVIL | | | | E- MAIL | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO RESIDENCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO | | Tipo vía pública | | | | Nombre vía pública | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº | | Bis/Duplicado | | | Esc | | Piso | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD/ PEDANIA | | | | | MUNICIPIO | | | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO DE NOTIFICACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO | | Tipo vía pública | | | | Nombre vía pública | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº | | Bis/Duplicado | | | Esc | | Piso | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD/ PEDANIA | | | | | MUNICIPIO | | | | CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | |
| NIVEL DE ESTUDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Certificado de Escolaridad <input type="checkbox"/> Graduado Escolar o equivalente <input type="checkbox"/> BUP o equivalente <input type="checkbox"/> ESO | | | <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> COU o equivalente <input type="checkbox"/> Formación Profesional de 1º Grado <input type="checkbox"/> Formación Profesional de 2º Grado <input type="checkbox"/> Formación Profesional de Grado Medio | | | <input type="checkbox"/> Formación Profesional de Grado Superior <input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Medio <input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Superior <input type="checkbox"/> Doctorado | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Especificar titulación y/o especialidad | | | | | Año | | | | |
| | | | | | | | | | | FORMACIÓN COMPLEMENTARIA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Nombre del curso | | | | Duración (HORAS) | | Entidad de realización | | Año | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SITUACIÓN LABORAL **TRABAJADOR DESEMPLEADO**

- Especifique el tiempo que lleva inscrito en la oficina de empleo correspondiente:

 0-6 meses 6 meses- 1 año 6 meses- 2 años 1- 2 años ≥ 2 años- Situación actual: Parado sin empleo anterior Parado con empleo anterior no receptor de prestación Parado con empleo anterior receptor de prestación **TRABAJADOR OCUPADO**AREA FUNCIONAL Dirección Administración Comercial Mantenimiento ProducciónCATEGORIA Directivo Mando Intermedio Técnico Trabajador cualificado Trabajador No cualificado

Colectivos (1) Consignar código

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

- Nombre del centro de trabajo:

CIF

Nº de Patronal
(código cuenta cotización)

Convenio:

- Sector de actividad: Agricultura Industria Construcción Servicios- Nº de trabajadores: hasta 10 trabajadores 11-50 trabajadores 51-250 trabajadores más de 250 trabajadores- Naturaleza jurídica: Empresa privada Organizaciones patronales o sindicales Economía social Autónomos Administración Pública Otras entidades sin ánimo de lucro**DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO**

DOMICILIO Tipo vía pública

Nombre vía pública

Nº

Bis/Duplicado

Esc

Piso

Letra

LOCALIDAD/ PEDANIA

MUNICIPIO

CÓDIGO POSTAL

OTROS ASPECTOS

- Mediante qué medio conoció la existencia de esta acción formativa:

 Publicidad en prensa Por la entidad de formación Por alguien que ya lo ha hecho o por un conocido Por la Web del Servicio Regional de Empleo y Formación, SEF Oficinas del SEF. Información por correo Otra vía: especificar

• Solicito la acción formativa arriba señalada y declaro que la información facilitada es cierta.

• SI NO Autorizo al Órgano administrativo competente a obtener/ceder, de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, de acuerdo con el artículo 6 b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, en concreto los datos personales relacionados a continuación: DNI, titulaciones académicas y demanda de empleo; así como el seguimiento de la inserción laboral. (NOTA: en caso de no conceder autorización a la Administración, quedo obligado a aportar personalmente los datos/documentos relativos al procedimiento junto a esta solicitud).

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio Regional de Empleo y Formación (SEF) informa que sus datos personales, académicos y profesionales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero informatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad controlar el seguimiento de las acciones formativas.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica 15/1999, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito en ese sentido al Servicio Regional de Empleo y Formación (SEF).

La Administración además del cumplimiento de las garantías y obligaciones establecidas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, queda sometida a las actuaciones de comprobación a cargo de la administración cedente al objeto de verificar la adecuada obtención y utilización de la información cedida y de las condiciones normativas que fueran de aplicación.

FIRMA DEL ALUMNO/A

Murcia, ade.....de 200..

Fdo.:.....

(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 hogar, DF trabajadores que excedan al desempleo durante el periodo formativo.

RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el artículo 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social.

Importante: Este documento debidamente cumplimentado y firmado quedará en poder de la entidad de formación.



Unión Europea
Fondo Social Europeo
"El FSE invierte en tu futuro"