

**SOLICITUD DE ADMISIÓN
ACCIONES FORMATIVAS DIRIGIDAS PRIORITARIAMENTE A TRABAJADORES DESEMPLEADOS**

1.- DATOS DEL CURSO

Nombre del curso: ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS D.PTES EN INSTITUCIONES SOCIALES
 Entidad: CLINICA DIANA S.A. Localidad: MÉRIDA
 Nº del Curso (a rellenar por el centro de formación): .06/0264/2012 Nº de solicitud (a rellenar por el centro de formación):

2.- DATOS PERSONALES

Apellidos: N.I.F.
 Nombre: Fecha de nacimiento: / /
 Lugar de empadronamiento: Sexo: V M Edad:
 Nº. de afiliación a la Seguridad Social:
 Calle: n°
 Localidad:
 Código Postal: Provincia: Tfno.:

3.- NIVEL EDUCATIVO Y OTRAS FORMACIONES

MARQUE CON UN ASPA LA CASILLA DEL NIVEL EDUCATIVO MÁXIMO DEL QUE POSEE TÍTULO OFICIAL AL HACER LA SOLICITUD:
 ¿Está matriculado en alguna carrera universitaria? SI NO En caso afirmativo indique cual:

- Estudios primarios sin certificado
- Certificado de escolaridad
- EGB, Bachiller Elemental, Graduado Escolar, Graduado en Educación Secundaria, Técnico Auxiliar; Técnico en grado medio o equivalente
- Bachiller Superior, BUP, Bachiller LOGSE, Técnico Especialista, Técnico Superior o equivalente
- Diplomado
- Licenciado

ESPECIALIDAD:
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.

SI HA REALIZADO CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL OCUPACIONAL, INDÍQUELO:

NOMBRE DEL CURSO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	DURACIÓN (horas)	CENTRO

4.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

SI HA TRABAJADO ANTERIORMENTE, INDIQUE EN CADA LÍNEA LOS DISTINTOS TRABAJOS REALIZADOS, CITANDO EL TIEMPO APROXIMADO DE DURACIÓN EN MESES DE CADA UNO DE ELLOS.

OCUPACIÓN O ACTIVIDAD REALIZADA	DURACIÓN (meses)	FECHA FINAL	NOMBRE DE LA EMPRESA

5.- SITUACIÓN LABORAL

MARQUE CON ASPAS Y CUMPLIMENTE LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN A SU SITUACIÓN ACTUAL:

Desempleados:

Ha trabajado anteriormente y cesó en el empleo No ha trabajado nunca

Fecha de inscripción de la demanda: Cobra prestación / subsidio por desempleo:.....

Ocupados:

Si está trabajando actualmente indique la Empresa:

Empresas con más de 250 trabajadores: SI NO Sector / Convenio

6.- OTROS DATOS

a) Indique si pertenece al colectivo que se indica:

1. Discapacidad
2. Colectivos prioritarios relacionados con el Art. 15.1.d) o g) de la orden de convocatoria (DOE 11.9.2012).

b) Indique si ha recibido un Servicio de Orientación Profesional en el que esté especialmente recomendada la participación en esta acción formativa

SOLICITO la participación en el curso señalado, y **DECLARO** que los datos expresados se corresponden con la realidad, y, en el caso de resultar seleccionado, en el plazo de tres días hábiles a contar desde el siguiente a que me sea comunicado, presentaré original o copia compulsada de los siguientes documentos:

1. DNI
2. Titulación académica
3. Certificado de empadronamiento
4. Tarjeta de demanda de empleo
5. En su caso, certificación acreditativa de la pertenencia a los colectivos descritos en el apartado 6.a) y/o copia compulsada del Informe del Servicio de Orientación Profesional al que alude el apartado 6.b)

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, 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 Empleo, Empresa e Innovación. El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable la Consejería de Empleo, Empresa e Innovación, igualmente autoriza a esa 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.

En a de de 2013

EL/LA SOLICITANTE

Fdo: