

Acción Formativa: _____

Código: _____

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

FECHA INICIO: _____ HORARIO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR/PARTICIPANTE		
Apellidos y Nombre: _____		
Dirección _____		Localidad _____ CP _____
Tel.: _____ NIF: _____		Nº de afiliación a la Seguridad Social: __/_____
Fecha de nacimiento: __ __ _____		Sexo: _____ Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin Estudios <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Graduado escolar <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio <input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior <input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato <input type="checkbox"/> Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura
AREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción	CATEGORÍA <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado <input type="checkbox"/> Trabajador No Cualificado
Colectivos (Consignar Código): _____		

DATOS DE LA EMPRESA	
PYME <input type="checkbox"/> NO PYME <input type="checkbox"/>	SECTOR/CONVENIO _____
Razón Social: _____	

Nº de Inscripción a la Seguridad Social: _____	CIF.: _____
Domicilio del Centro de Trabajo: _____	

Teléfono: _____	

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. Y por el Servicio Público de Empleo a efectos de seguimiento, control y evaluación de la formación recibida.

Fecha: _____ Firma del trabajador