

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN ACCIONES FORMATIVAS

PARA CUBRIR POR LA ENTIDAD IMPARTIDORA

Nº DE EXPEDIENTE	ENTIDAD SOLICITANTE DEL PLAN DE FORMACIÓN
------------------	---

DATOS DEL TRABAJADOR

PARA CUBRIR POR EL ALUMNO/A

ACCIÓN FORMATIVA (DENOMINACIÓN Y NÚMERO)	MODALIDAD DE IMPARTICIÓN (PRESENCIAL, TELEFORM., DISTANCIA O MIXTA) PRESENCIAL
COMENTE SU INTERÉS EN LA PARTICIPACIÓN EN LA ACCIÓN FORMATIVA	

APELLIDOS Y NOMBRE				NIF	
DIRECCIÓN			LOCALIDAD	PROVINCIA	CP
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	E-MAIL	Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL	FECHA NACIMIENTO	SEXO
ESTUDIOS <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Graduado escolar <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI / ciclo medio <input type="checkbox"/> FPII / ciclo superior			ÁREA 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/a <input type="checkbox"/> Mando intermedio <input type="checkbox"/> Técnico/a <input type="checkbox"/> Trabajador/a cualificado/a <input type="checkbox"/> Trabajador/a no cualificado/a
COLECTIVOS <input type="checkbox"/> Régimen general de la seguridad social <input type="checkbox"/> Personas fijas discontinuas en periodos de no ocupación <input type="checkbox"/> Regulación de empleo en periodos de no ocupación <input type="checkbox"/> Régimen especial agrario <input type="checkbox"/> Régimen especial de autónomos <input type="checkbox"/> Régimen especial del mar <input type="checkbox"/> Régimen especial, otros <input type="checkbox"/> Administración pública					
<input type="checkbox"/> Empleado/a de hogar <input type="checkbox"/> Personas trabajadoras que accedan al desempleo durante el período formativo <input type="checkbox"/> Personas trabajadoras con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el artículo 2 del estatuto de los trabajadores <input type="checkbox"/> Personas trabajadoras con convenio especial con la seguridad social <input type="checkbox"/> Personas trabajadoras desempleadas <input type="checkbox"/> Personas sociales trabajadoras de las cooperativas, sociedades laborales y empresas y entidades de economía social					

EMPRESA DONDE TRABAJA ACTUALMENTE (PARA PERSONAS TRABAJADORAS OCUPADAS)

<input type="checkbox"/> PYME ¹ <input type="checkbox"/> NON PYME <input type="checkbox"/> CNAE (a 2 dígitos) ² _____					
RAZÓN SOCIAL			Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL		CIF
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO			LOCALIDAD	PROVINCIA	CP

_____, _____ de _____ de 20_____ FIRMA DEL TRABAJADOR/A

- Se entiende por PYME las empresas que emplean por lo menos a 250 personas, con un volumen de negocio anual que no exceda de 50 millones de euros o con un balance general anual que no exceda de 43 millones de euros y que cumplan el criterio de independencia .
- Solo para planes sectoriales.

Estos datos solo serán utilizados para los fines expresamente previstos (gestión de la acción formativa, informarle de futuras AA.FF. de su interés y poner en su conocimiento otros servicios de la entidad de formación) y por el personal debidamente autorizado, de conformidad con lo dispuesto en la Lei orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y en el Real decreto 994/1999, del 11 de junio, del Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.