

**ANEXO III. SOLICITUD DE ADMISIÓN**

**ACCIONES FORMATIVAS DIRIGIDAS PRIORITARIAMENTE A PERSONAS TRABAJADORAS OCUPADAS**

**1.- DATOS DEL PLAN DE FORMACIÓN**

Nº. de Expediente: .....  
 Entidad solicitante del Plan de Formación: .....  
 Acción Formativa (denominación y número): .....  
 Comente su interés en la participación en la acción formativa: .....

**2.- DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE**

Apellidos y Nombre: .....  
 Dirección: ..... Localidad: .....  
 Código Postal: ..... Provincia: ..... Teléfono: ..... Email: .....  
 N.I.F.: ..... N.º de afiliación a la Seguridad Social: ...../  
 Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Sexo:  V  M Discapacidad:  SÍ  NO

**3.- NIVEL EDUCATIVO DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE**

*Marque con un aspa la casilla del nivel educativo máximo del que posee título oficial al realizar la solicitud:*

- 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  
 Grado universitario
- ESPECIALIDAD:  
 1. .....  
 2. .....  
 3. .....  
 4. .....  
 5. .....  
 6. .....

¿Está matriculado en alguna carrera universitaria?  SÍ  NO En caso afirmativo indique cual: .....

**4. SITUACIÓN LABORAL DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE**

*Marque con un aspa y cumplimente las casillas que correspondan a su situación actual:*

- Trabajador ocupado.** Consignar Código <sup>(1)</sup>: .....

Datos del centro de trabajo:

Empresa con más de 250 trabajadores: SÍ  NO  Sector/Convenio: .....

Razón Social: ..... C.I.F.: .....

N.º de Inscripción en la Seguridad Social: .....

Domicilio del Centro de Trabajo: .....

Localidad: ..... C.P.: .....

- Trabajador desempleado.**

Fecha de inscripción de la demanda: ..... Cobra prestación / subsidio por desempleo: SÍ  NO

- Situación de cuidador no profesional (CPN)**

| ÁREA FUNCIONAL<br>(sólo ocupados)                          | <input type="checkbox"/> Dirección<br><input type="checkbox"/> Administración<br><input type="checkbox"/> Comercial<br><input type="checkbox"/> Mantenimiento<br><input type="checkbox"/> Producción | CATEGORÍA<br>(sólo ocupados) | <input type="checkbox"/> Directivo<br><input type="checkbox"/> Mando Intermedio<br><input type="checkbox"/> Técnico<br><input type="checkbox"/> Trabajador cualificado<br><input type="checkbox"/> Trabajador de baja cualificación (*) |
|--|--|------------------------------|---|
| (* grupos de cotización 6, 7, 9, 1 de la última ocupación) |  |                              |   |

**SOLICITO** la participación en la acción señalada y declaro que los datos expresados se corresponden con la realidad y que no ha realizado otra acción formativa de igual contenido a la solicitada.

No Autoriza a esa Consejería para que, si es admitido en la acción formativa recabe de las distintas administraciones cuantos documentos sean necesarios para verificar los datos recogidos en esta solicitud. Por lo cual presentará, en su momento, los documentos que al respecto le sean requeridos por la Consejería.

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 Educación y Empleo. 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 20.....

**EL / LA SOLICITANTE**

**Fdo.:** .....

(1) Relación de Códigos: RG régimen general, FD fijos discontinuos en períodos de no ocupación, RE regulación de empleo en períodos de no ocupación, AGP régimen especial agrario por cuenta propia, AGA régimen especial agrario por cuenta ajena, AU régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que acceden al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores 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, FDI trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (con trabajos discontinuos) en sus períodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CP mutualistas de Colegios Profesionales no incluidos como autónomos.