

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

Nº. de Expediente: **F110567AA** Entidad solicitante del Plan de Formación: **CONFEDERACIÓN DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA).**

Acción Formativa (denominación y número): _____

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

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE:

Apellidos y Nombre: _____

NIF: _____ Nº. Afil. Seguridad Social: ____/____

Dirección _____ CP: _____

Localidad: _____ Teléfono _____ Móvil: _____

Em@il: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo (H/V): ____ Discapacidad: Sí NO

ESTUDIOS:

- Sin titulación ESO/ Graduado Escolar Diplomado (E. Universitaria 1^{er}. Ciclo)
 Bachiller Licenciado (E. Universitaria 2^o. Ciclo) Técnico FP Grado Medio/FPI
 Doctor Técnico FP Grado Superior/FPII Otra titulación (especificar): _____

ÁREA FUNCIONAL (sólo ocupados):

- Directivo
 Administración
 Comercial
 Mantenimiento
 Producción

CATEGORÍA (sólo ocupados):

- Mando Intermedio
 Técnico
 Trabajador cualificado
 Trabajador de baja cualificación
 (grupos de cotización 6, 7, 9, 10)

COLECTIVO:

- Ocupado. Consignar Código (1): _____ Desempleado (DSP): _____
 Situación de cuidador no profesional (CPN)

(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 accedan 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** colegio profesional.

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE:

Empresa con más de 250 trabajadores Sí NO SECTOR/CONVENIO _____

Razón Social: _____

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____ C.I.F.: _____

Domicilio del Centro de Trabajo: _____

Localidad _____ C.P. _____

El abajo firmante declara que los datos expresados se corresponden con la realidad y que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada. Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, 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 Igualdad 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 Igualdad y Empleo; así mismo autoriza a dicha 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.

Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____

C
o
n
v
e
n
i
o
s

P
l
a
n
e
s

d
e

F
o
r
m
a
c
i
ó
n

2
0
1
1