

ANEXO III

FORMACIÓN PARA EL EMPLEO DIRIGIDA PRIORITARIAMENTE A TRABAJADORES OCUPADOS

Solicitud de participación en las acciones formativas

Entidad Solicitante del Plan de Formación

DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA EN LA QUE SOLICITA PARTICIPAR

Entidad representante del plan de formación

Nº Expediente Nº Acción formativa

Denominación

Familia profesional Área profesional

AAFF vinculada al CNCP SI NO En caso afirmativo, complete los siguientes apartados:

Especialidad Nivel del Certificado de Profesionalidad

La acción formativa consiste en (indique lo que procede):

Certificado de profesionalidad completo Módulo formativo:

Unidad formativa: Módulo de prácticas:

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

Apellidos y Nombre

Dirección Teléfono fijo Teléfono móvil

C.P. Localidad Correo electrónico

NIF Nº de afiliación a la Seguridad Social

Fecha de nacimiento Sexo Discapacidad SI NO

COLECTIVO Ocupado Consignar Código (1): Desempleado COLECTIVO PRIORITARIO

Estudios finalizados

Comente su interés en la participación en la acción formativa

DATOS DE LA ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE (cumplimentar sólo por los trabajadores ocupados)

Nombre y/o Razón social

Nº de inscripción a la Seguridad Social C.I.F.

Domicilio del centro de trabajo Teléfono

C.P. Localidad

El abajo firmante declara que, en el ámbito de la presente convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada. Asimismo, y 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. Igualmente, mediante la suscripción de la presente solicitud autoriza a la Fundación Autonómica para la Formación en el Empleo de Castilla y León y al Servicio Público de Empleo de Castilla y León para la comprobación de cuantos datos sea necesario para la acreditación de los datos aportados en el presente documento, especialmente, los relativos a la identidad, residencia, vida laboral y discapacidad. También se autoriza la comunicación a las Administraciones Públicas correspondientes de las instituciones comunitarias y al Fondo Social Europeo, con motivo del cumplimiento de las obligaciones legales impuestas por la normativa administrativa y comunitaria, para la gestión de convocatoria de subvenciones públicas realizada en el marco de las iniciativas de formación. Los datos personales a que se refiere la presente solicitud serán incorporados a un fichero de titularidad del Servicio Público de Empleo de Castilla y León debidamente inscrito ante el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos. El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable el Servicio Público de Empleo de Castilla y León, dirigiéndose por escrito ante su sede social, sita actualmente en Jacinto Benavente, nº 2, 47195 de Arroyo de la Encomienda (Valladolid), en los términos de la normativa vigente.

En _____ a _____ de _____ de 20

Firma del Trabajador

(1) Relación de Códigos de Colectivos: **RG** – Régimen General // **FD** – Fijos Discontinuos en periodos de no ocupación // **RE** – Regulación de Empleo en periodos de no ocupación // **AU** – Régimen Especial de Autónomos // **AP** – Administración Pública // **EH** – Empleado de hogar // **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 Seg. Social // **CP**- Colegio Profesional // **FDI**: Trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (con trabajos discontinuos) en sus periodos de no ocupación.

**ANEXO IV (HOJA 1)
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL PARA EL EMPLEO¹**

**CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES FORMATIVAS EN EL MARCO DEL SISTEMA DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO.
FORMACIÓN DE OFERTA
(Orden TAS/718/2008, de 7 de marzo)**

Para evaluar la calidad de las acciones formativas es necesaria su opinión como alumno/a, acerca de los distintos aspectos del curso en el que ha participado.
**LE ROGAMOS RESPONDA A TODAS Y CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO.
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**
Los datos aportados en el presente cuestionario son confidenciales y serán utilizados, únicamente, para analizar la calidad de las acciones formativas.

**I. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA
(Preimpresos o a cumplimentar por la entidad beneficiaria)**

1. Nº expediente/curso		2. Nº Acción (*)		3. Nº Grupo (*)	
4. Denominación acción					
5. Modalidad					
6. Fecha de inicio de la acción					
7. Fecha de finalización de la acción					
8. Entidad que imparte la formación (**)					
9. Comunidad Autónoma (**)		10. Provincia (**)			
11. Especialidad (**)					
(*) Datos necesarios para la identificación de acciones formativas dirigidas prioritariamente a trabajadores ocupados					
(**) Datos necesarios para la identificación de acciones formativas dirigidas prioritariamente a trabajadores desempleados					

II. DATOS DE CLASIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE (señale con una X la casilla correspondiente)

1. Edad	<input type="text"/>	2. Sexo	1. Mujer <input type="checkbox"/>	2. Varón <input type="checkbox"/>	7. Categoría profesional (sólo ocupados)	1. Directivo/a <input type="checkbox"/>	2. Mando Intermedio <input type="checkbox"/>	3. Técnico/a <input type="checkbox"/>	4. Trabajador/a cualificado/a <input type="checkbox"/>	5. Trabajador/a de baja cualificación <input type="checkbox"/>	6. Otra categoría (especificar) _____ <input type="checkbox"/>		
3. Titulación actual			1. Sin titulación <input type="checkbox"/>	2. Título de graduado E.S.O./Graduado escolar <input type="checkbox"/>		8. Horario del curso (sólo ocupados)	1. Dentro de la jornada laboral (ir a 8.1) <input type="checkbox"/>	2. Fuera de la jornada laboral <input type="checkbox"/>	3. Ambas (ir a 8.1) <input type="checkbox"/>	8.1 % Jornada laboral que abarca el curso	8.1.1 Menos del 25% <input type="checkbox"/>	8.1.2 Entre el 25% al 50% <input type="checkbox"/>	8.1.3 Más del 50% <input type="checkbox"/>
			3. Título de Bachiller <input type="checkbox"/>	4. Título de Técnico/ FP grado medio <input type="checkbox"/>		9. Tamaño empresa del participante (ocupados)	1. De 1 a 9 empleos <input type="checkbox"/>	2. De 10 a 49 empleos <input type="checkbox"/>	3. De 50 a 99 empleos <input type="checkbox"/>	4. De 100 a 250 empleos <input type="checkbox"/>	5. Mas de 250 empleos <input type="checkbox"/>		
			5. Título de Técnico Superior/ FP grado superior <input type="checkbox"/>	6. E. universitarios 1º ciclo (Diplomatura-Grado) <input type="checkbox"/>									
			7. E. universitarios 2º ciclo (Licenciatura-Máster) <input type="checkbox"/>	8. E. universitarios 3º ciclo (Doctor) <input type="checkbox"/>									
			9. Título de Doctor <input type="checkbox"/>	10. Otra titulación (especificar) _____ <input type="checkbox"/>									
4. Situación laboral			1. Desempleado/a <input type="checkbox"/>	2. Trabajador/a cuenta propia (empresario, autónomo, cooperativista ...) <input type="checkbox"/>									
			3. Trabajador por cuenta ajena (público/privado) <input type="checkbox"/>										
5. Lugar de residencia / trabajo (Indicar Provincia)													
			1. Si desempleado/a. Lugar de residencia <input type="text"/>	2. Si está ocupado/a. Lugar del centro de trabajo <input type="text"/>									
6. ¿Cómo conoció la existencia de este curso? Indicar el medio principal			1. Servicio Público Empleo <input type="checkbox"/>	2. Itinerario Formativo <input type="checkbox"/>									
			3. A través de mi empresa <input type="checkbox"/>	4. Organización empresarial o sindical <input type="checkbox"/>									
			5. Medios comunicación: prensa, radio, internet, telf. Tv. <input type="checkbox"/>	6. Otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/>									

(HOJA 2)

III. VALORACIÓN DE LAS ACCIONES FORMATIVAS								
Valore los siguientes aspectos del curso utilizando una escala de puntuación del 1 al 4. Marque con una X la puntuación correspondiente: 1 Completamente en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 De acuerdo, 4 Completamente de acuerdo								
1. Organización del curso	1	2	3	4				
1.1 El curso ha estado bien organizado (información, cumplimiento fechas y de horarios, entrega material)								
1.2 El número de alumnos del grupo ha sido adecuado para el desarrollo del curso								
2. Contenidos del curso	1	2	3	4				
2.1 Los contenidos del curso han respondido a mis necesidades formativas								
2.2 Ha habido una combinación adecuada de teoría y aplicación práctica								
3. Duración y horario	1	2	3	4				
3.1 La duración del curso ha sido suficiente según los objetivos y contenidos del mismo								
3.2 El horario ha favorecido la asistencia al curso								
4. Formadores / Tutores	Formadores				Tutores			
	1	2	3	4	1	2	3	4
4.1 La forma de impartir o autorizar el curso ha facilitado el aprendizaje								
4.2 Conocen los temas impartidos en profundidad								
5. Medios didácticos (guías, manuales, fichas...)	1	2	3	4				
5.1 La documentación y materiales entregados son comprensibles y adecuados								
5.2 Los medios didácticos están actualizados								
6. Instalaciones y medios técnicos (pizarra, pantalla, proyector, TV, vídeo, ordenador, programas, máquinas, herramientas...)	1	2	3	4				
6.1 El aula, el taller o las instalaciones han sido apropiadas para el desarrollo del curso								
6.2 Los medios técnicos han sido adecuados para desarrollar el contenido del curso (ordenadores, pizarra, proyector, TV, Máquinas)								
7. Sólo cuando el curso se ha realizado en la modalidad a distancia, teleformación o mixta	1	2	3	4				
7.1 Las guías tutoriales y los materiales didácticos han permitido realizar fácilmente el curso (impresos, aplicaciones telemáticas)								
7.2 Se ha contado con medios de apoyo suficientes (tutorías individualizadas, correo y listas de distribución, teleconferencia, biblioteca virtual, buscadores...)								
8. Mecanismos para la evaluación del aprendizaje								
8.1 Se ha dispuesto de pruebas de evaluación y autoevaluación que me permiten conocer el nivel de aprendizaje alcanzado	Sí		No					
8.2 El curso me permite obtener una acreditación donde se reconoce mi cualificación	Sí		No					
9. Valoración general del curso	1	2	3	4				
9.1 Puede contribuir a mi incorporación al mercado de trabajo								
9.2 Me ha permitido adquirir nuevas habilidades/capacidades que puedo aplicar al puesto de trabajo								
9.3 Ha mejorado mis posibilidades para cambiar de puesto de trabajo en la empresa o fuera de ella								
9.4 He ampliado conocimientos para progresar en mi carrera profesional								
9.5 Ha favorecido mi desarrollo personal								
10. Grado de satisfacción general con el curso	1	2	3	4				
11. Si desea realizar cualquier sugerencia u observación, por favor, utilice el espacio reservado a continuación								

Muchas gracias por su colaboración

¹ Aprobado por Resolución de 27 de abril de 2009, del Servicio Público de Empleo Estatal, por la que se publica los cuestionarios de evaluación de calidad de las acciones formativas para el empleo. Deberá ser cumplimentado teniendo en cuenta las instrucciones a que hace referencia dicha Resolución.

ANEXO V

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES TRIBUTARIAS Y CON LA SEGURIDAD SOCIAL (cumplimentar por cada una de las entidades que formen parte de la agrupación)

D/D^a _____ como Representante Legal de la Entidad _____ con CIF _____, declara de forma responsable, manifestando disponer en su caso, de la documentación que acredita las circunstancias a que se refiere la siguiente declaración responsable, y comprometiéndose a mantener su cumplimiento durante el período de tiempo relativo al reconocimiento de la condición de beneficiario de las subvenciones, así como durante el ejercicio de las facultades inherentes a dicha condición, y a efectos de lo preceptuado en el artículo 3, relativo al cumplimiento de obligaciones, del *Decreto 27/2008, de 3 de abril, por el que se regula la acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la seguridad social, en materia de subvenciones*, y en virtud de lo establecido en el artículo 6 y en la disposición transitoria segunda del mismo cuerpo legal:

1.- Que la entidad de referencia se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 18 y 19 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

2.- Que la entidad de referencia no es deudor por Resolución de procedencia de reintegro.

3.- Que la entidad de referencia no mantiene deudas o sanciones de naturaleza tributaria en periodo ejecutivo con la Hacienda de la Comunidad de Castilla y León, salvo que se encuentren aplazadas, fraccionadas o cuya ejecución estuviese suspendida.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Representante/s Legal/es

Firma del Representante Legal	Firma del Representante Legal
Nombre	Nombre
N.I.F.	N.I.F.
Cargo	Cargo