

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.