

ANEXO IX

Solicitud de Participación

Nº. de Expediente _____

Entidad solicitante del Plan de Formación:

Acción Formativa (denominación y número):

Comente su interés en la participación en la acción formativa:

Horario en que puede realizar el curso _____

¿Tiene algún conocimiento previo sobre la materia del curso? _____

DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A PARTICIPANTE			
Apellidos y Nombre: _____			
Dirección _____		Localidad _____ Provincia _____ CP _____	
Email: _____		NIF: _____ Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____	
Fecha de nacimiento: ____-____-____		Sexo: _____ Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nacionalidad: _____		Teléfono móvil _____ Teléfono _____	
ESTUDIOS <input type="checkbox"/> Sin titulación <input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)			
<input type="checkbox"/> ESO/Graduado Escolar <input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1 ^{er} . Ciclo)			
<input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2 ^o . Ciclo)			
<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI <input type="checkbox"/> Doctor			
<input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII			
AREA FUNCIONAL		CATEGORIA	
(Sólo ocupados)			
<input type="checkbox"/> Dirección		<input type="checkbox"/> Directivo/a	
<input type="checkbox"/> Administración		<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	
<input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Técnico	
<input type="checkbox"/> Mantenimiento		<input type="checkbox"/> Trabajador/a cualificado	
<input type="checkbox"/> Producción		<input type="checkbox"/> Trab. de baja cualificación(*)	
(*) grupos de cotización 6, 7, 9, 10. Desempleados sin carné profesional, cert. prof. nivel 2 ó 3, título de formac. profesional ni titulación universitaria.			
COLECTIVO:			
<input type="checkbox"/> Ocupado. (Consignar Código) (1): _____			
<input type="checkbox"/> Desempleado (DSP) Años de Desempleo: _____			
ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE (Sólo ocupados)			
Empresa con más de 250 trabajadores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SECTOR/CONVENIO _____			
Razón Social: _____			
C.I.F.: _____			
Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____			
Domicilio del Centro de Trabajo: _____			
Localidad _____		Provincia _____ C.P. _____	

Declaro que los datos expresados se corresponden con la realidad y, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participo 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, autorizo el tratamiento informático de los datos personales incluidos en esta solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa y al acceso a la información que obre en las bases de datos de la Tesorería General de la Seguridad Social y del Servicio Público de Empleo Estatal del abajo firmante, para la gestión, financiación, seguimiento, control y evaluación de la formación recibida por la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda directamente o a través de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Participantes" de la Dirección General de Formación", cuya finalidad es "La gestión de los trabajadores participantes en programas formativos destinados a mejorar la capacitación profesional de los trabajadores de la Comunidad de Madrid", estando prevista su cesión a la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo y a los órganos de gestión y control que en el ámbito de la Comunidad de Madrid lo precisen en el ejercicio de sus funciones, para la correcta tramitación y gestión de las órdenes, además de otras cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Formación de la Comunidad de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y oposición ante el mismo es Vía Lusitana, 21, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y de la Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal de la Comunidad de Madrid.

Fecha: _____

Firma del/la Trabajador/a

- (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/a hogar, DF trabajadores/as que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores/as 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, CNP Cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia.