

SI- SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LOS ALUMNOS

CÓDIGO Y NOMBRE DE LA ENTIDAD DE FORMACION									
ACCION FORMATIVA									
Nº EXPEDIENTE									
DATOS PERSONALES									
NOMBRE									
APELLIDOS									
FECHA DE NACIMIENTO				SEXO		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			
MINUSVALIA		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		En caso afirmativo, especifique porcentaje:					
IDENTIFICACIÓN				Nº de Afiliación Seguridad Social					
TELÉFONO FIJO				TELÉFONO MÓVIL				E- MAIL	
DOMICILIO RESIDENCIAL									
DOMICILIO		Tipo vía pública				Nombre vía pública			
		Nº		Bis/Duplicado		Esc		Piso	
LOCALIDAD/ PEDANIA				MUNICIPIO				CÓDIGO POSTAL	
DOMICILIO DE NOTIFICACIONES									
DOMICILIO		Tipo vía pública				Nombre vía pública			
		Nº		Bis/Duplicado		Esc		Piso	
LOCALIDAD/ PEDANIA				MUNICIPIO				CÓDIGO POSTAL	
NIVEL DE ESTUDIOS									
<input type="checkbox"/> Sin estudios		<input type="checkbox"/> Bachiller				<input type="checkbox"/> Formación Profesional de Grado Superior			
<input type="checkbox"/> Certificado de Escolaridad		<input type="checkbox"/> COU o equivalente				<input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Medio			
<input type="checkbox"/> Graduado Escolar o equivalente		<input type="checkbox"/> Formación Profesional de 1º Grado				<input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Superior			
<input type="checkbox"/> BUP o equivalente		<input type="checkbox"/> Formación Profesional de 2º Grado				<input type="checkbox"/> Doctorado			
<input type="checkbox"/> ESO		<input type="checkbox"/> Formación Profesional de Grado Medio							
Especificar titulación y/o especialidad								Año	
FORMACIÓN COMPLEMENTARIA									
Nombre del curso				Duración (HORAS)		Entidad de realización		Año	
SITUACIÓN LABORAL									



<input type="checkbox"/> TRABAJADOR DESEMPLEADO				
- Especifique el tiempo que lleva inscrito en la oficina de empleo correspondiente:				
<input type="checkbox"/> 0-6 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses- 1 año	<input type="checkbox"/> 6 meses- 2 años	<input type="checkbox"/> 1- 2 años	<input type="checkbox"/> ≥ 2 años
- Situación actual: <input type="checkbox"/> Parado sin empleo anterior				
<input type="checkbox"/> Parado con empleo anterior no perceptor de prestación <input type="checkbox"/> Parado con empleo anterior perceptor de prestación				

<input type="checkbox"/> TRABAJADOR OCUPADO					
AREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Dirección	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Mantenimiento	<input type="checkbox"/> Producción
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> Directivo	<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado	<input type="checkbox"/> Trabajador No cualificado
Colectivos (1) Consignar código					

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO				
- Nombre del centro de trabajo:			CIF	
Nº de Patronal (código cuenta cotización)		Convenio:		
- Sector de actividad:	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Servicios
- Nº de trabajadores:	<input type="checkbox"/> hasta 10 trabajadores	<input type="checkbox"/> 11-50 trabajadores	<input type="checkbox"/> 51-250 trabajadores	<input type="checkbox"/> más de 250 trabajadores
- Naturaleza jurídica:	<input type="checkbox"/> Empresa privada	<input type="checkbox"/> Organizaciones patronales o sindicales		
<input type="checkbox"/> Economía social <input type="checkbox"/> Autónomos <input type="checkbox"/> Administración Pública <input type="checkbox"/> Otras entidades sin ánimo de lucro				

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO				
DOMICILIO	Tipo vía pública		Nombre vía pública	
	Nº	Bis/Duplicado	Esc	Piso
LOCALIDAD/ PEDANIA		MUNICIPIO		CÓDIGO POSTAL

OTROS ASPECTOS				
- Mediante qué medio conoció la existencia de esta acción formativa:				
<input type="checkbox"/> Publicidad en prensa <input type="checkbox"/> Por la entidad de formación <input type="checkbox"/> Por alguien que ya lo ha hecho o por un conocido				
<input type="checkbox"/> Por la Web del Servicio Regional de Empleo y Formación, SEF <input type="checkbox"/> Oficinas del SEF. <input type="checkbox"/> Información por correo				
<input type="checkbox"/> Otra vía: especificar				

• Solicito la acción formativa arriba señalada y declaro que la información facilitada es cierta.

• SI NO Autorizo al Órgano administrativo competente a obtener/ceder, de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, de acuerdo con el artículo 6 b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, en concreto los datos personales relacionados a continuación: DNI, titulaciones académicas y demanda de empleo; así como el seguimiento de la inserción laboral. (NOTA: en caso de no conceder autorización a la Administración, quedo obligado a aportar personalmente los datos/documentos relativos al procedimiento junto a esta solicitud).

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Servicio Regional de Empleo y Formación (SEF) informa que sus datos personales, académicos y profesionales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero informatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad controlar el seguimiento de las acciones formativas.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica 15/1999, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito en ese sentido al Servicio Regional de Empleo y Formación (SEF).

La Administración además del cumplimiento de las garantías y obligaciones establecidas en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, queda sometida a las actuaciones de comprobación a cargo de la administración cedente al objeto de verificar la adecuada obtención y utilización de la información cedida y de las condiciones normativas que fueran de aplicación.

FIRMA DEL ALUMNO/A

Murcia, ade.....de 200..

Fdo:.....

(1) Relación de códigos: RG Régimen general, FD Fijos Discontinuos en periodos de no ocupación, RE Regulación de empleo en periodos de no ocupación, AG Régimen especial agrario, AU Régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que excedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el artículo 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social.

Importante: Este documento debidamente cumplimentado y firmado quedará en poder de la entidad de formación.



Unión Europea

“El FSE invierte en tu futuro”