

Solicitud de Participación

Nº. de Expediente F2009

Entidad solicitante del Plan de Formación: UGT-BALEARS

Acción Formativa (denominación y número): _____

Acción: Grupo:

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

P
I
a
n
d
e
F
o
r
m
a
c
i
ó
n
C
o
n
t
í
n
u
a
-
C
o
n
t
r
a
t
o
P
r
o
g
r
a
m
a

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE			
Apellidos y Nombre: _____			
Dirección _____		Localidad _____ C.P. _____	
Tel.: _____		NIF.: _____ Nº. de afiliación a la Seguridad Social _____ / _____	
Fecha de nacimiento: _____		Edad: _____ Sexo: _____ Discapacidad: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio	
	<input type="checkbox"/> Estudios Primarios	<input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior	
	<input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato	
	<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> Diplomatura	
	<input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> Licenciatura	
AREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Dirección	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> Directivo
	<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 Cualificado
	<input type="checkbox"/> Producción		<input type="checkbox"/> Trab. No Cualificado
Colectivos (1) (Consignar Código): _____			
Ocupado: <input type="checkbox"/> Desempleado: <input type="checkbox"/> Situación cuidador no profesional (CPN): <input type="checkbox"/>			
ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE			
Empresa con más de 250 trabajadores/as <input type="checkbox"/> SECTOR / CONVENIO _____			
Razón Social: _____			

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____ C.I.F.: _____			
Domicilio del Centro de Trabajo: _____			
Teléfono del centro de trabajo: _____ CP _____			

El abajo firmante declara que es cierta la información facilitada. 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.

Fecha: _____ Firma del Trabajador/a: _____

(1) Relación de Códigos: RG régimen general. FD fijos discontinuos en periodos de no ocupación. RE regulación de empleo en periodos 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 período 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 periodos de no ocupación. TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar