

**ANEXO III**  
**FORMACIÓN PARA EL EMPLEO DIRIGIDA A TRABAJADORES OCUPADOS**  
**Solicitud de participación en las acciones formativas**

Entidad Solicitante del programa de formación transversal

**DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA EN LA QUE SOLICITA PARTICIPAR**

Entidad responsable ejecución del programa 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.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por el Servicio Público de Empleo de Castilla y León con la finalidad de participar en las acciones formativas incluidas en los programas de formación transversales para trabajadores ocupados en la Comunidad de Castilla y León. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal y no se prevé transferencias internacionales de los mismos. Mediante la suscripción de la presente solicitud autoriza a la Fundación para el Anclaje Empresarial y la Formación para el Empleo en 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. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional que puede consultar en la dirección <https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es>.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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.