

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.