

PLAN DE FORMACIÓN PARA EL EMPLEO INTERSECTORIAL CONFEDERAL 2007
FICHA DE DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A⁽¹⁾



C
o
n
v
e
n
i
o
s

P
l
a
n
e
s

d
e

F
o
r
m
a
c
i
ó
n

2
0
0
7

DATOS PERSONALES			
D.N.I./N.I.F.:		Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Nombre:		Sexo:	
Domicilio:		Fecha de Nacimiento:	
C.P.:		Nº: Piso:	
Población:		Provincia:	
Teléfono particular:		Correo Electrónico:	
DATOS PROFESIONALES			
Profesión u oficio:		Inscrito como demandante de empleo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		Nº de Afiliación a la S.S. _/ _/ _	
Área funcional del puesto en la empresa:		Categoría profesional :	
<input type="checkbox"/> Dirección (DI)	<input type="checkbox"/> Administración (AD)	<input type="checkbox"/> DI Directivo	<input type="checkbox"/> MI Mando Intermedio
<input type="checkbox"/> Comercial (CO)	<input type="checkbox"/> Mantenimiento (MN)	<input type="checkbox"/> TE Técnico	<input type="checkbox"/> TC Trabajador cualificado
<input type="checkbox"/> Producción (PR)		<input type="checkbox"/> NC Trabajador no cualificado	
Colectivo al que perteneces			
<input type="checkbox"/> Régimen Especial Agrario (AGP ó AGA)		<input type="checkbox"/> Administración Pública. (AP)	
<input type="checkbox"/> Trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social (CESS)		<input type="checkbox"/> Trabajadores que acceden al desempleo durante el periodo formativo (DF)	
<input type="checkbox"/> Régimen Especial Autónomos (AU)		<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo en periodo de no ocupación. (FD)	
<input type="checkbox"/> Regulación de empleo en periodos de no ocupación (RE)		<input type="checkbox"/> Régimen General. (RG)	
<input type="checkbox"/> Empleado Hogar (EH)			
<input type="checkbox"/> Trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art.2 del Estatuto de los trabajadores (RLE)			
DATOS GENERALES DE LA EMPRESA			
		<input type="checkbox"/> PYME ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> NO PYME <input type="checkbox"/> PÚBLICA	
C.I.F.:		Nombre/Razón Social:	
Domicilio Sede Social:		Teléfono:	
Código Postal:		Localidad:	
Provincia:		Actividad Principal de la Empresa	
<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		Sindicato Mayoritario:	
DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO			
Domicilio:		Fax:	
Teléfono:		Código Postal:	
Localidad:		Provincia:	
ZONA A LA QUE PERTENECE ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Zona 1 <input type="checkbox"/> Zona 2			
DATOS DEL CURSO			
Acción Formativa:		Fecha del Curso:	
Modalidad de Impartición: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> A Distancia <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Teleformación			
Lugar de Impartición:		Organismo Inscriptor:	
Reserva Habitación Días:			
DATOS ACADÉMICOS			
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios primarios	<input type="checkbox"/> Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> F.P. I
<input type="checkbox"/> F.P. II/CI. Grado Medio	<input type="checkbox"/> BUP/COU/Bachiller	<input type="checkbox"/> Diplomatura	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior	<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> Otros	Idiomas
DATOS SINDICALES			
<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Delegado de personal <input type="checkbox"/> Comité de Empresa <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Delegado Prevención			
Sindicato:		Fecha Afiliación:	
Federación a la que perteneces:			

(1) Es obligatorio cumplimentar todos los datos y entregar fotocopia del encabezado de la nómina, de la Cartilla de la Seguridad Social o similar o DNI
(2) Se entenderá por PYME las empresas que empleen a menos de 250 personas, cuyo volumen de negocio anual no exceda de 40 millones de Euros, o cuyo balance general anual no exceda de 27 millones de Euros y que cumplan el criterio de independencia (Anexo I del Reglamento 68/2001).
(3) Zona 1: Aragón, Baleares, Cataluña, La Rioja, Madrid, Navarra, País Vasco y Cantabria. Zona 2: Comunidades Autónomas de: Andalucía, Asturias, Canarias, C. La Mancha, C. León, Extremadura, Galicia, Murcia, Valencia, Ceuta y Melilla.
El abajo firmante declara que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada.
Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales (incluyendo su incorporación en los correspondientes ficheros) incorporados en la solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa, para (i) la gestión, financiación, control, seguimiento y evaluación de la acción formativa por el Servicio Público de Empleo Estatal sito actualmente en la calle Condesa de Venedito nº 9 (28027-Madrid), directamente, a través de la Fundación Tripartita para la Formación por el Empleo o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que intervengan por cuenta del mencionado organismo o entidad o en alguna de las citadas actividades; y (ii) la cesión a los beneficiarios de las subvenciones para la ejecución de las acciones complementarias que el Servicio Público Estatal convoque y conceda al amparo de lo previsto en el capítulo III del Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas con quienes aquellos contraten la ejecución de las acciones, a los únicos efectos de que estos beneficiarios puedan llevar a cabo tales acciones complementarias sin quedar facultados por ello a realizar ningún tipo de comunicación o revelación de tales datos personales a ningún tercero, y debiendo destruirlos una vez finalizada la acción complementaria de que se trate. En el caso de que no quisiese autorizar la cesión prevista en este apartado (ii), puede indicarlo a continuación.
El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable el Servicio Público de Empleo Estatal ante la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, dirigiéndose por escrito a ésta última en su sede social, sita actualmente en la calle Arturo Soria 126-128 (28043-Madrid), en los términos de la normativa vigente.

Fecha y Firma del Alumno/a



ANEXO I
Solicitud de Participación

INSTITUTO DE EMPLEO
SERVICIO PÚBLICO
DE EMPLEO ESTATAL

Nº. de Expediente **F-20070129**
Entidad solicitante del Plan de Formación: **Unión General de Trabajadores**
Acción Formativa (denominación y número): _____
Comente su interés de participación en la acción formativa: _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE			
Apellidos y Nombre: _____			
Dirección _____		Localidad _____ CP _____	
Tfno.: _____		NIF: _____ Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ___/____	
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Sexo: _____ Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios Primarios <input type="checkbox"/> Graduado escolar <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI	<input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio <input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior <input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato <input type="checkbox"/> Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura	
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"/> Trab. No Cualificado
Colectivos (1) (Consignar Código): _____			

Inscrito como demandante de empleo: SI NO

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE	
Empresa con más de 250 trabajadores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SECTOR/CONVENIO _____
Razón Social: _____	C. I. F. _____
Domicilio del Centro de Trabajo: _____	C.P. _____

El abajo firmante declara que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar a la solicitada.

Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales (incluyendo su incorporación en los correspondientes ficheros) incorporados en la solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa, para (i) la gestión, financiación, control, seguimiento y evaluación de la acción formativa por el Servicio Público de Empleo Estatal sito actualmente en la calle Condesa de Venadito nº 9 (28027-Madrid), directamente, a través de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que intervengan por cuenta del mencionado organismo o entidad en alguna de las citadas actividades; y (ii) la cesión a los beneficiarios de las subvenciones para la ejecución de las acciones complementarias que el Servicio Público de Empleo Estatal convoque y conceda al amparo de lo previsto en el capítulo III del Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas con quienes aquellos contraten la ejecución de las acciones, a los únicos efectos de que estos beneficiarios puedan llevar a cabo tales acciones complementarias sin quedar facultados por ello a realizar ningún tipo de comunicación o revelación de tales datos personales a ningún tercero, y debiendo destruirlos una vez finalizada la acción complementaria de que se trate. En el caso de que no quisiese autorizar la cesión prevista en este apartado (ii), puede indicarlo a continuación.

El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable el Servicio Público de Empleo Estatal ante la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, dirigiéndose por escrito a ésta última en su sede social, sita actualmente en la calle Arturo Soria 126 - 128 (28043 - Madrid), en los términos de la normativa vigente.

Fecha: _____ Firma del Trabajador

(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 periodo 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 (contrabajos discontinuos) en sus periodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CPN cuidadores no profesionales.

C
o
n
v
e
n
i
o
s

P
I
a
n
e
s

d
e

F
o
r
m
a
c
i
ó
n

2
0
0
7