

ANEXO II Solicitud de Participación

Nº de Plan de Formación: _____

Entidad solicitante del Plan de Formación _____

Acción Formativa (número y denominación) _____

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

1^{er}. Apellido: _____ 2º. Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ CP _____

Tfno: _____ Email: _____ NIF: _____

Nº afiliación a la Seguridad Social: ____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género (masculino/ femenino): _____ Discapacidad: ☐ SI ☐ NO

ESTUDIOS

- ☐ Sin titulación ☐ Bachiller
☐ Graduado Escolar ☐ Diplomado (E. Universitaria 1^{er} ciclo)
☐ E.S.O. ☐ Licenciado (E. Universitaria 2º ciclo)
☐ Técnico FP grado medio /FPI ☐ Otra titulación (especificar)
☐ Técnico FP grado superior /FPII

AREA FUNCIONAL (solo ocupados)

- ☐ Dirección
☐ Administración
☐ Comercial
☐ Mantenimiento
☐ Producción

CATEGORIA (ocupados/desempleados)

- ☐ Directivo
☐ Mando Intermedio
☐ Técnico
☐ Trabajador cualificado
☐ Trabajador de baja Cualificación (*)

(*)Se define como baja cualificación para las **personas ocupadas**, las que en el momento de su incorporación a la acción formativa estén incluidas en uno de los siguientes grupos de cotización: 06, 07, 09 o 10, y para las **personas trabajadoras Autónomas o las desempleadas** las que no estén en posesión de un Certificado de profesionalidad de nivel 2 o 3, título de formación profesional o de una titulación universitaria.

PARTICIPANTE:

- ☐ Ocupado. Consignar Código (1): _____
☐ Desempleado
☐ Desempleado larga duración (inscrito más de 12 meses ininterrumpidos en el Servicio Público de Empleo).

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

Empresa con mas de 250 trabajadores SI ☐ NO ☐

SECTOR/ CONVENIO _____

Razón Social: _____ C.I.F.: _____

Domicilio del Centro de Trabajo: _____

Localidad _____ C.P. _____

El abajo firmante DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD que los datos expresados se corresponden con la realidad y que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa dos o más veces en la misma acción formativa.

De conformidad con lo establecido en el Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa de que los datos personales aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento autorizado, pudiendo ser cedidos a otras Administraciones Públicas. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley ante el Servicio Cántabro de Empleo.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 si llama desde Cantabria o 902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma.

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, 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 (con trabajos discontinuos) en sus periodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CP mutualistas de Colegios profesionales no incluidos como autónomos.