

ANNEX I. Sol·licitud de Participació Convocatòria 2010-2011

Núm. d'expedient _____
Entitat sol·licitant del pla de formació: _____
Acció formativa (denominació i número): _____

DADES DEL TREBALLADOR / PARTICIPANT			
Llinatges: _____		/ Nom: _____	
Adreça: _____		Localitat: _____	CP: _____
Tel.: _____	Email: _____	NIF: _____	
Núm. d'afiliació a la seguretat social: ____/____			
Data de naixement: ____/____/____ Sexe: _____ Discapacitat: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ESTUDIS	<input type="checkbox"/> Sense titulació	<input type="checkbox"/> Diplomàtic (E. Universitària 1er cicle)	
	<input type="checkbox"/> ESO / Graduat Escolar	<input type="checkbox"/> Llicenciat (E. Universitària 2n cicle)	
	<input type="checkbox"/> Batxiller	<input type="checkbox"/> Doctor	
	<input type="checkbox"/> Tècnic FP grau mitjà/FPI		
	<input type="checkbox"/> Tècnic FP grau superior/FPII		
	<input type="checkbox"/> Altra titulació (especificar)		
AREA FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> Direcció	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> Directiu
	<input type="checkbox"/> Administració	(només ocupats)	<input type="checkbox"/> Comandament intermig
	<input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Tècnic
	<input type="checkbox"/> Manteniment		<input type="checkbox"/> Treballador qualificat
	<input type="checkbox"/> Producció		<input type="checkbox"/> Treballador de baixa qualificació (grups de cotització 6, 7, 9, 10)
COL·LECTIU:			
<input type="checkbox"/> Ocupat. Consignar codi (1): _____			
<input type="checkbox"/> Desocupat			
<input type="checkbox"/> Situació de cuidador no professional (CPN)			
ENTITAT ON TREBALLA ACTUALMENT			
Empresa amb més de 250 treballadors SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SECTOR/CONVENI _____			
Raó social: _____ C. I. F. _____			
Domicili del centre de treball: _____			
Localitat: _____ C.P. _____			

El sotassgnant declara que les dades expressades es corresponen amb la realitat i que, en l'àmbit de la present convocatòria, no participa a cap altra acció formativa d'igual contingut a la sol·licitada.

Així mateix, als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), el sotassgnant autoritza el tractament de les dades personals (incloent la seva incorporació en els corresponents arxius) incorporades a la sol·licitud i a altres documents normalitzats relatius a l'acció formativa, per a la gestió, financiació, control, seguiment i avaluació de l'acció formativa pel Servei d'Ocupació de les Illes Balears de la Conselleria de Turisme i Treball situat al carrer Camí Vell de Bunyola, núm. 43 (07009 Palma), directament, o a través d'altres persones físiques o jurídiques que intervinguin per compte d'aquesta administració o de les esmentades activitats.

El sotassgnant podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició relatiu a aquest tractament del que és responsable el Servei d'Ocupació de les Illes Balears de la Conselleria de Turisme i Treball, dirigint-se per escrit a la seva adreça postal Camí Vell de Bunyola, núm. 43 (07009 Palma), en els termes de la normativa vigent.

Data: _____ Signatura del treballador / de la treballadora

(1) Relació de codis: RG règim general, FD fixos discontinus en períodes de no ocupació, RE regulació de l'ocupació en períodes de no ocupació, AGP règim especial agrari per compte pròpia, AGA règim especial agrari per compte d'altre, AU règim especial autònoms, AP administració pública, EH empleat de llar, DF treballadors que accedeixin a l'atur durant el període formatiu, RLE treballadors amb relacions laborals de caràcter especial que es recullen a l'art. 2 de l'Estatut dels Treballadors, CESS treballadors amb conveni especial amb la Seguretat Social, FDI treballadors a temps parcial de caràcter indefinit (amb treballs discontinus) en els seus períodes de no ocupació, T treballadors inclosos en el règim especial del mar, CP col·legi professional.