

ANEXO I Solicitud de Participación

Nº. de Expediente _____
 Entidad solicitante del Plan de Formación: CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE OPERADORES DE TRANSPORTE (CEOT)
 Acción Formativa (denominación y número): _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE													
Apellidos: _____		Nombre: _____											
Dirección: _____		Localidad: _____	C.P. : _____										
Tfno.: _____	NIF: _____	Nº de afiliación a la Seguridad Social: / _____											
Email: _____													
F. Nacimiento: _____	Sexo: _____	Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
ESTUDIOS <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sin titulación</td> <td><input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESO / Graduado Escolar</td> <td><input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1º ciclo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bachiller</td> <td><input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2º ciclo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI</td> <td><input type="checkbox"/> Doctor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Sin titulación	<input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)	<input type="checkbox"/> ESO / Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1º ciclo)	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2º ciclo)	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI	<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII	
<input type="checkbox"/> Sin titulación	<input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)												
<input type="checkbox"/> ESO / Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1º ciclo)												
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2º ciclo)												
<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI	<input type="checkbox"/> Doctor												
<input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII													
ÁREA FUNCIONAL (sólo ocupados) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Dirección</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Administración</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Comercial</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mantenimiento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Producción</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> Dirección	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Mantenimiento	<input type="checkbox"/> Producción	CATEGORÍA (sólo ocupados) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Directivo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mando Intermedio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Técnico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Trabajador cualificado</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Trab. Baja Cualificación (grupos de cotización 6, 7, 9, 10)</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> Directivo	<input type="checkbox"/> Mando Intermedio	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado	<input type="checkbox"/> Trab. Baja Cualificación (grupos de cotización 6, 7, 9, 10)
<input type="checkbox"/> Dirección													
<input type="checkbox"/> Administración													
<input type="checkbox"/> Comercial													
<input type="checkbox"/> Mantenimiento													
<input type="checkbox"/> Producción													
<input type="checkbox"/> Directivo													
<input type="checkbox"/> Mando Intermedio													
<input type="checkbox"/> Técnico													
<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado													
<input type="checkbox"/> Trab. Baja Cualificación (grupos de cotización 6, 7, 9, 10)													
COLECTIVO:													
<input type="checkbox"/> Ocupado. Consignar código (1): _____ <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Situación de cuidador no profesional (CPN)													

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE	
Empresa con más de 250 trabajadores Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SECTOR / CONVENIO _____	
Razón Social: _____	
CIF: _____	
Domicilio del Centro de Trabajo: _____	
Localidad: _____	C.P.: _____

El abajo firmante declara que los datos expresados se corresponden con la realidad y que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa de igual contenido 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.

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 esta 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, CP colegio profesional.

C O N V E N I E N T E S P I A N E S D E F O R M A C I Ó N 2 0 0 9