

COMENTE SU INTERÉS EN LA ACCIÓN FORMATIVA

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A / PARTICIPANTE					
APELLIDOS Y NOMBRE				NIF	
DIRECCIÓN			LOCALIDAD	PROVINCIA	CP
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	E-MAIL	Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
ESTUDIOS <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ESTUDIOS PRIMARIOS <input type="checkbox"/> GRADUADO ESCOLAR <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI/CICLO GRADO MEDIO			ÁREA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN		CATEGORÍA <input type="checkbox"/> DIRECTIVO/A <input type="checkbox"/> MANDO INTERMEDIO <input type="checkbox"/> TÉCNICO/A <input type="checkbox"/> TRABAJADOR/A CUALIFICADO/A <input type="checkbox"/> TRABAJADOR/A NON CUALIFICADO/A
COLECTIVOS <input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL <input type="checkbox"/> PERSONAS FIJAS DISCONTINUAS EN PERÍODOS DE NO OCUPACIÓN <input type="checkbox"/> REGULACIÓN DE EMPLEO EN PERÍODOS DE NO-OCUPACIÓN <input type="checkbox"/> RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/> RÉGIMEN ESPECIAL, OTROS <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN PÚBLICA					
<input type="checkbox"/> PERSONAS TRABAJADORAS QUE ACCEDAN AL DESEMPLEO DURANTE O PERÍODO FORMATIVO <input type="checkbox"/> PERSONAS TRABAJADORAS DESEMPLEADAS <input type="checkbox"/> PERSONAS SOCIAS TRABAJADORAS DE COOPERATIVAS, SOCIEDADES LABORALES Y EMPRESAS Y ENTIDADES DE ECONOMÍA SOCIAL					

2. EMPRESA DONDE TRABAJA ACTUALMENTE (para personas trabajadoras ocupadas)					
<input type="checkbox"/> PYME ¹ <input type="checkbox"/> NO PYME <input type="checkbox"/> CNAE (a 2 dígitos) _____					
RAZÓN SOCIAL			Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL		CIF
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO			LOCALIDAD	PROVINCIA	CP

¹ Se entenderá por Pyme las empresas que emplean a menos de 250 personas, con un volumen de negocio anual que no exceda de 50 millones de euros y con un balance general anual que no exceda de 43 millones de euros y que cumplan el criterio de independencia.

3. DATOS COMPLEMENTARIOS	
TRABAJADOR/A DESFAVORECIDO (Artículo 2 del Reglamento CE Nº 68/2001) <input type="checkbox"/> No Desfavorecido/a <input type="checkbox"/> Trabajador/a < de 25 años que aún no ha tenido su primer empleo fijo y remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador/a > de 45 años sin calificación educativa de formación secundaria <input type="checkbox"/> Migrante dentro de la Comunidad o que pase a ser residente dentro de la misma <input type="checkbox"/> Reincorporación a la vida laboral tras un mínimo de 3 años de interrupción <input type="checkbox"/> Desempleado/a de larga duración <input type="checkbox"/> Discapacitado/a	GRUPO DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL 1. <input type="checkbox"/> Ingenieros y Licenciados 2. <input type="checkbox"/> Ingenieros técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados 3. <input type="checkbox"/> Jefes Administrativos y de Taller 4. <input type="checkbox"/> Ayudantes no titulados 5. <input type="checkbox"/> Oficiales administrativos 6. <input type="checkbox"/> Subalternos 7. <input type="checkbox"/> Auxiliares administrativos 8. <input type="checkbox"/> Oficiales de primera y segunda 9. <input type="checkbox"/> Oficiales de tercera y especialistas 10. <input type="checkbox"/> Trabajadores > de 18 años no cualificados 11. <input type="checkbox"/> Trabajadores < de 18 años

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

Asimismo, y a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa de desarrollo, autoriza la utilización de los datos personales contenidos en el presente documento para el envío de información desde Apecco y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo. Y por Apecco a efectos de seguimiento, control y evaluación de la formación recibida.

El/la abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable la Asociación Provincial de Empresarios de Construcción de La Coruña, dirigiéndose por escrito a ésta última en su sede social, sita actualmente en la calle Mendaña de Neyra, 28 - 1º (15008- A Coruña) en los términos de la normativa vigente.

_____, _____ de _____ de 20____
FIRMA DEL TRABAJADOR/A



Remitir a Apecco:

Se tendrá en cuenta el orden de llegada de las inscripciones.