

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ALUMNO EN ACCIÓN FORMATIVA

CÓDIGO Y NOMBRE DE LA ENTIDAD DE FORMACION	
E1331 CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL HESPÉRIDES	
ACCION FORMATIVA	SOCORRISMO EN ESPACIOS ACUÁTICOS NATURALES
Nº EXPEDIENTE	AC-2024-12265

DATOS PERSONALES						
NOMBRE Y APELLIDOS						
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo, especifique porcentaje:				
IDENTIFICACIÓN (DNI / NIE)		Nº de Afiliación Seguridad Social				
TELÉFONOS		E- MAIL				
DOMICILIO RESIDENCIAL						
Tipo vía	Nombre vía	Nº	Bloq.	Esc.	Piso	Letra
MUNICIPIO		LOCALIDAD / PEDANIA				C.P.
DOMICILIO DE NOTIFICACIONES						
Tipo vía	Nombre vía	Nº	Bloq.	Esc.	Piso	Letra
MUNICIPIO		LOCALIDAD / PEDANIA				C.P.

NIVEL DE ESTUDIOS			
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> F.P. de Grado Superior	
<input type="checkbox"/> Cert.Escolaridad	<input type="checkbox"/> COU o equivalente	<input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Medio	
<input type="checkbox"/> Graduado Escol.	<input type="checkbox"/> F.P. de 1º Grado	<input type="checkbox"/> Titulación universitaria de Grado Superior	
<input type="checkbox"/> BUP o equivalente	<input type="checkbox"/> F.P. de 2º Grado	<input type="checkbox"/> Grado universitario	
<input type="checkbox"/> ESO	<input type="checkbox"/> F.P. de Grado Medio	<input type="checkbox"/> Doctorado	
Especificar titulación y/o especialidad			Año

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA			
Nombre del curso	HORAS	Entidad de realización	Año

SITUACIÓN LABORAL	
<input type="checkbox"/> DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO	
- Especifique el tiempo que lleva inscrito en la oficina de empleo correspondiente:	
<input type="checkbox"/> 0-6 meses	<input type="checkbox"/> 6 meses -1 año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> ≥ 2 años
- Situación actual:	
<input type="checkbox"/> Parado sin empleo anterior	<input type="checkbox"/> Parado con empleo anterior no perceptor de prestación <input type="checkbox"/> Parado con empleo anterior perceptor prestación

<input type="checkbox"/> TRABAJADOR OCUPADO						
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"/> Trabajador no cualificado	
Colectivos (1) Consignar código						
DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO						
- Nombre del centro de trabajo:					CIF	
- Nº de Patronal (Código cuenta .cotización)				Convenio:		
- Sector de actividad:	<input type="checkbox"/> Agricultura	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Servicios		
- Nº de trabajadores:	<input type="checkbox"/> Hasta 10 trabajad.	<input type="checkbox"/> 11-50 trabajadores	<input type="checkbox"/> 51-250 trabajadores	<input type="checkbox"/> más de 250 trabajadores		
- Naturaleza jurídica:	<input type="checkbox"/> Empresa privada	<input type="checkbox"/> Organizaciones patronales o sindicales				
<input type="checkbox"/> Economía social	<input type="checkbox"/> Autónomos	<input type="checkbox"/> Administración Pública	<input type="checkbox"/> Otras entidades sin ánimo de lucro			
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO						
Tipo vía	Nombre vía	Nº	Bloq.	Esc.	Piso	Letra
MUNICIPIO	LOCALIDAD / PEDANIA					C.P.

OTROS ASPECTOS. Medio en que conoció la existencia de la acción formativa:	
<input type="checkbox"/> Publicidad en prensa	<input type="checkbox"/> Por la entidad de formación
<input type="checkbox"/> Por la Web del SEF	<input type="checkbox"/> Oficinas del SEF
<input type="checkbox"/> Otra vía (especificar):	<input type="checkbox"/> Por alguien que ya lo ha hecho o por un conocido
	<input type="checkbox"/> Información por correo

A CUMPLIMENTAR SOLO CUANDO LA ACCIÓN FORMATIVA CORRESPONDA A CERTIFICADOS DE PROFESIONALIDAD	
¿El alumno ha superado anteriormente módulos formativos incluidos en la acción formativa en la que se inscribe? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, indicar los módulos formativos que fueron superados:	

INDICADORES DE EJECUCIÓN PARA ACCIONES FORMATIVAS COFINANCIADAS POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO (FSE)	
(Este apartado sólo se cumplimentará para acciones formativas del programa de Garantía Juvenil y otras acciones cofinanciadas por el FSE)	
- Características sociales 1:	<input type="checkbox"/> Migrante (no nacional con residencia permanente en España), persona de origen extranjero o persona perteneciente a minoría étnica (incluida romaní)
- Características sociales 2:	<input type="checkbox"/> Otras personas desfavorecidas o en situación de vulnerabilidad social, tales como recluso o exrecluso, persona con enfermedad mental, toxicómana o extoxicómano (incluidos alcohólicos), persona víctima de violencia de género, persona sin hogar, persona que ejerce o ha ejercido la prostitución, jóvenes con medidas judiciales, jóvenes tutelados o extutelados por la Administración.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento de datos: Dirección General del Servicio Regional de Empleo y Formación (SEF). Avda. Intante Juan Manuel, 14. 30071 MURCIA, así como la entidad beneficiaria de la subvención.

Delegado de Protección de Datos: Inspección General de Servicios. dpdigs@listas.carm.es

Finalidad del tratamiento de datos: La recogida y tratamiento de datos tiene como única finalidad tramitar la inscripción de acuerdo a lo establecido en el RD 694/2017, de 3 de julio, por el que se desarrolla la Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el Empleo en el ámbito laboral.

Legitimación: Ley 9/2002, de 11 de noviembre, de Creación del Servicio Regional de Empleo y Formación. REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Destinatarios de cesiones de datos: No está prevista la cesión de datos, salvo aquellos que puedan comunicarse al Servicio Público de Empleo Estatal a través del Sistema Integrado de los Servicios Públicos de Empleo y, en caso de financiación a través de fondos procedentes de la Unión Europea, al organismo comunitario competente para su seguimiento y control.

Derechos del interesado: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a su portabilidad, la limitación u oposición al tratamiento y otros derechos especificados en la información adicional. Podrá ejercerlos mediante el formulario del procedimiento 2736.

Procedencia de los datos: Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen de aplicaciones propias y de otras Administraciones Públicas mediante la plataforma de interoperabilidad de la CARM o convenios.

Información adicional: Los datos que se pueden obtener son de identidad y otros relacionados con la actividad formativa. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página: [INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS](#).

Igualmente, se le informa que de acuerdo al artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, caso de ser necesario para la tramitación del procedimiento, el SEF deberá recabar los documentos relacionados con su solicitud electrónicamente a través de sus redes corporativas o mediante consulta a las plataformas de intermediación de datos u otros sistemas electrónicos habilitados al efecto. Especialmente y en caso de ser necesarios, podrán consultarse los datos de discapacidad, situación laboral, contratación, estudios cursados e inscripción como demandante de empleo y, en su caso, en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil.

No obstante si desea oponerse, indíquelo a continuación:

- ME OPONGO A LA CONSULTA DE DATOS DE DISCAPACIDAD DE CCAA.
 ME OPONGO A QUE LA ADMINISTRACIÓN PUEDA RECABAR DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LAS SIGUIENTES CONSULTAS: _____
(En este caso queda obligado a aportar personalmente los datos/documentos relativos al procedimiento).

SOLICITO LA INSCRIPCIÓN EN LA ACCIÓN FORMATIVA ARRIBA DETALLADA Y DECLARO QUE LA INFORMACIÓN FACILITADA ES CIERTA

FIRMA DEL ALUMNO/A

..... a de de 20.....

Fdo.:.....

(1) Relación de códigos: RG Régimen general, FD Fijos Discontinuos en periodos de no ocupación, RE Regulación de empleo en periodos de no ocupación, AG Régimen especial agrario, AU Régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que excedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el artículo 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social.

Importante: Este documento debidamente cumplimentado y firmado quedará en poder de la entidad de formación.

Subdirección General de Formación.

Calle del Transporte, s/n. 30011 Murcia