



Nº. de Expediente TSI-010103-2011-171

Entidad solicitante del Plan de Formación: FUNDACIÓN ASISTENCIAL PARA LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO

Acción Formativa (denominación y número): _____

Comente su interés en la participación en la acción formativa: _____

Correo electrónico: _____

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

Apellidos y Nombre: _____

Dirección _____ Localidad _____ CP _____

Tel.: _____ NIF: _____ Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____

Fecha de nacimiento: ____-____-____ Sexo: _____ Discapacidad: SI NO

- | | | |
|----------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> FPII/Ciclo Grado Medio |
| | <input type="checkbox"/> Estudios Primarios | <input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior |
| | <input type="checkbox"/> Graduado escolar | <input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato |
| | <input type="checkbox"/> ESO | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| | <input type="checkbox"/> FPI | <input type="checkbox"/> Licenciatura |

- | | | | |
|----------------|-----------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------|
| AREA FUNCIONAL | <input type="checkbox"/> Dirección | CATEGORIA | <input type="checkbox"/> Directivo |
| | <input type="checkbox"/> Administración | | <input type="checkbox"/> Mando Intermedio |
| | <input type="checkbox"/> Comercial | | <input type="checkbox"/> Técnico |
| | <input type="checkbox"/> Mantenimiento | | <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado |
| | <input type="checkbox"/> Producción | | <input type="checkbox"/> Trab. No Cualificado |

Colectivos (1) (Consignar Código): _____

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

PYME (2) NO PYME SECTOR / CONVENIO _____

Razón Social: _____

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____ C.I.F.: _____

Domicilio del Centro de Trabajo: _____

C.P. _____

Fecha: _____ Firma del Trabajador _____