



1 - DATOS DE CONTACTO Y PARA ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN :

Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Provincia: _____ Telf móvil: _____ E-mail: _____

2 - DATOS COMPLEMENTARIOS DEL CENTRO DE TRABAJO:

Nº. de Inscripción a la Seguridad Social: _____

Teléfono del centro de trabajo: _____ FAX del centro de trabajo: _____

3 - TRABAJADOR DESFAVORECIDO (Artículo 2 del Reglamento CE nº 68/2001) :

- No desfavorecido
- Trabajador < de 25 años que aún no ha tenido su primer empleo fijo remunerado
- Trabajador > de 45 años sin calificación educativa de formación secundaria
- Migrante dentro de la comunidad o que pase a ser residente de la misma
- Reincorporación a la vida laboral tras un mínimo de 3 años de interrupción
- Desempleado de larga duración
- Discapacitado

4 - GRUPO DE COTIZACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:

- 1 - Ingenieros y Licenciados
- 2 - Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados
- 3 - Jefes administrativos y de taller
- 4 - Ayudantes no titulados
- 5 - Oficiales administrativos
- 6 - Subalternos
- 7 - Auxiliares administrativos
- 8 - Oficiales de primera y segunda
- 9 - Oficiales de tercera y especialistas
- 10 - Trabajadores mayores de 18 años no cualificados
- 11 - Trabajadores menores de 18 años

5 - INDICA TU PAÍS DE NACIMIENTO: _____

6 - ¿EN QUÉ LOCALIDAD PREFERIRÍAS RECIBIR LA FORMACIÓN?: _____

7 - OTROS CURSOS EN LOS QUE ESTÁS INTERESADO:

| | | | | | |
|----------------------|-----------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------|
| 1 - CódigoFLC: _____ | MODALIDAD | <input type="checkbox"/> | Distancia o teleformación | <input type="checkbox"/> | Presencial |
| Denominación: _____ | | | | | |
| 2 - CódigoFLC: _____ | MODALIDAD | <input type="checkbox"/> | Distancia o teleformación | <input type="checkbox"/> | Presencial |
| Denominación: _____ | | | | | |
| 3 - CódigoFLC: _____ | MODALIDAD | <input type="checkbox"/> | Distancia o teleformación | <input type="checkbox"/> | Presencial |
| Denominación: _____ | | | | | |

El abajo firmante declara que, 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 y su tratamiento informático para:

- 1) la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo, así como su cesión a los órganos competentes para la evaluación, seguimiento y control de la formación
- 2) recibir información de interés general para el Sector de la Construcción y/o relativa a las actividades realizadas por la Fundación Laboral de la Construcción. En el caso de no desear este servicio, puede remitir un fax al nº 91-398.45.03, o una carta dirigida a la Fundación Laboral de la Construcción C/ Alberto Alcocer nº 46 B, 7ª planta, 28016 MADRID, indicando su deseo de causar baja en el mismo.

Fecha: _____

Firma del Trabajador: _____



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo



ANEXO 1
Solicitud de Participación



INSTITUTO DE EMPLEO
SERVICIO PÚBLICO
DE EMPLEO ESTATAL

Nº. de Expediente F2007

Entidad solicitante del Plan de Formación: FUNDACIÓN LABORAL DE LA CONSTRUCCIÓN

Acción Formativa (denominación y número): _____

Comente su interés en la participación en la acción formativa:

DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE

Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Tlfn.: _____ NIF: _____ Nº de afiliación a la Seguridad Social: _____

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

ESTUDIOS

Sin estudios

FPII / Ciclo Grado Medio

Estudios primarios

Ciclo Grado Superior

Graduado Escolar

BUP / COU / Bachillerato

ESO

Diplomatura

FPI

Licenciatura

ÁREA
FUNCIONAL

Dirección

CATEGORÍA

Directivo

Administración

Mando Intermedio

Comercial

Técnico

Mantenimiento

Trabajador cualificado

Producción

Trabajador no cualificado

Colectivos (1) (Consignar código): _____

Inscrito como demandante de empleo: SI NO

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE

Empresa con más de 250 trabajadores SI NO SECTOR / CONVENIO CONSTRUCCIÓN

Razón Social: _____ C.I.F.: _____

Domicilio del Centro de Trabajo: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

El abajo firmante declara que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa similar 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. En el caso de que no quisiese autorizar la cesión prevista en este apartado (ii), puede indicarlo a continuación.

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 ésta última en su sede social, sito 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 períodos de no ocupación, RE regulación de empleo en períodos 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 de hogar, DE trabajadores que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 de Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social, FDI trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (con trabajos discontinuos) en sus períodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CPN cuidadores no profesionales

CONVENIOS PLANES DE FORMACIÓN 2007