

Annex 1. Sol·licitud de participació en una acció formativa

Nom de l'entitat sol·licitant Centro de estudios Adams Barcelona, S.A.	Núm. d'expedient
Denominació de l'acció formativa	Núm. de l'acció formativa

Dades del treballador/a participant

Cognoms i nom		NIF	
Nom sentit			
Data de naixement	Gènere	NASS	Discapacitat <input type="checkbox"/> Sí ¹ <input type="checkbox"/> No
Adreça	Codi Postal	Població	Comarca
Correu electrònic	Telèfon mòbil	Telèfon	

A través de qui vas conèixer aquest curs?

<input type="checkbox"/> Oficina de Treball	<input type="checkbox"/> Cercador de cursos del SOC	<input type="checkbox"/> Twitter del Consorci @fpo_continua
<input type="checkbox"/> Web del Consorci: conforcat.gencat.cat	<input type="checkbox"/> Web: fp.gencat.cat	<input type="checkbox"/> Twitter d'Ocupació @ocupaciocat
<input type="checkbox"/> Entitat de Formació	<input type="checkbox"/> LinkedIn	<input type="checkbox"/> Amics, amigues o familiars
<input type="checkbox"/> Agents econòmics i socials	<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Premsa, ràdio, televisió (mitjans comunicació)
<input type="checkbox"/> Altres		

Interès a participar a l'acció formativa (camp obert)

Autoritzo al Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya a utilitzar les meves dades personals per rebre informació sobre la formació professional per a l'ocupació.

Formació acadèmica

Estudis

<input type="checkbox"/> Sense titulació	<input type="checkbox"/> Títol de tècnic/a Superior / FP grau superior / Cert. de Prof.* Nivell 3
<input type="checkbox"/> Títol de graduat ESO / graduat escolar	<input type="checkbox"/> Estudis universitaris de 1r Cicle (diplomatura-grau)
<input type="checkbox"/> Títol de batxillerat	<input type="checkbox"/> Estudis universitaris de 2n Cicle (llicenciatura-màster)
<input type="checkbox"/> Títol de FP bàsica / Cert. de Prof.* Nivell 1	<input type="checkbox"/> Otra titulació. <i>Especificar</i> :.....
<input type="checkbox"/> Títol de tècnic/a / FP grau mitjà / Cert. de Prof.* Nivell 2	<i>*Cert. de Prof.: Certificat de professionalitat</i>

Àrea funcional (només ocupats/ades)	Categoria (només ocupats/ades)
<input type="checkbox"/> Direcció	<input type="checkbox"/> Directiu/iva
<input type="checkbox"/> Administració	<input type="checkbox"/> Comandament intermedi
<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Tècnic/a
<input type="checkbox"/> Manteniment	<input type="checkbox"/> Treballador/a qualificat/ada
<input type="checkbox"/> Producció	<input type="checkbox"/> Treballador/a de baixa qualificació ²

Col·lectiu

Ocupat/ada. Consigneu-hi codi³ Desocupat/ada Afectat/da EERTO Situació de cuidador/a no professional(CPN)

Entitat o empresa on trebal·leu actualment (només ocupats/ades)

Empresa amb més de 250 treballadors/ores	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nre. de treballadors
Raó social		
Sector		Conveni de referència
CIF	Núm. d'inscripció a la Seguretat Social	
Adreça del centre de treball		
Codi Postal	Població	Comarca

Signatura del/de la treballador/a

Lloc i data:

Protecció de dades: als efectes previstos a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, i al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del consell de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques respecte al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades) i la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i el seu Reglament de desplegament, aprovat pel Reial decret 1720/2007, de 21 de desembre, s'informa a la persona interessada que les dades personals consignades en aquest document s'incorporaran al fitxer automatitzat del Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya, "Contractes programa i Convenis per a la Formació Contínua", amb la finalitat de gestionar i tractar les dades corresponents. Així mateix, les persones interessades poden exercir els drets de l'afectat/ada mitjançant escrit a la Subdirecció de Planificació, Innovació i Recursos Humans del Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya, carrer Lluç, 297-307, 4a planta, 08019 Barcelona, o a l'adreça de correu electrònic lopdp@conforcat.cat.

1. Autoritzo al Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya a verificar el grau de discapacitat mitjançant el certificat que el Departament d'Acció Social i Ciutadania emet a través de l'aplicació informàtica PICA.

2. Treballadors/ores inclosos/es en els grups de cotització de la Seguretat Social: 6, 7, 9 i 10, o nivell d'estudis igual o inferior a ESO per a treballadors/ores desocupats/ades.

3. Consigneu-ne el codi d'acord amb la relació següent:

RG Règim general	EH Treballadors/ores de la llar
FD Fixos discontinus en períodes de no-ocupació	DF Treballadors/ores que accedeixen a l'atur durant el període formatiu
RE Regulació d'ocupació en períodes de no-ocupació	RLE Treballadors/ores amb relacions laborals de caràcter especial (regulades per l'article 2 de l'Estatut dels treballadors)
AGP Règim especial agrari per compte pròpia	CESS Treballadors/ores amb conveni especial amb la Seguretat Social
AGA Règim especial agrari per compte d'altri	AP Administració pública
AU Règim especial d'autònoms	FDI Treballadors/ores a temps parcial de caràcter indefinit (amb feina discontinua) i en els períodes de no-ocupació
TM Treballadors/ores inclosos/es al règim especial del mar	
CP Mutualistes de Col·legis Professionals no inclosos com autònoms	

Declaro que he estat informat per part de l'entitat de que el curs per al qual sol·licito la inscripció forma part dels programes de formació professional per a l'ocupació adreçats prioritàriament a persones treballadores ocupades, subvencionats pel Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya.