

**ANEXO III**  
**FORMACIÓN PARA EL EMPLEO DIRIGIDA A TRABAJADORES PRIORITARIAMENTE OCUPADOS**  
**Solicitud de participación mediante convenios para la formación de trabajadores prioritariamente ocupados**

Nº de Expediente

Entidad Solicitante del Plan de Formación de

**DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA QUE SOLICITA**

Denominación  Número

Comente su interés en la participación en la acción formativa

**DATOS DEL TRABAJADOR / PARTICIPANTE**

Apellidos y Nombre

Dirección  Teléfono fijo  Teléfono móvil

C.P.  Localidad  Correo electrónico

D.N.I.  Nº de afiliación a la Seguridad Social

Fecha de nacimiento  Sexo  Discapacidad SI  NO

Estudios finalizados

<b>AREA FUNCIONAL</b>	<input type="checkbox"/> Dirección	<b>CATEGORIA</b>	<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. De baja cualificación

COLECTIVO<sup>1</sup>

Ocupado. Consignar Código (1): \_\_\_\_\_

Desempleado

Situación de cuidador no profesional (CPN)

**DATOS DE LA ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE**

PYME (2)  NO PYME  SECTOR / CONVENIO

Nombre y/o Razón social

Nº de inscripción a la Seguridad Social  C.I.F.

Domicilio del centro de trabajo  Teléfono

C.P.  Localidad

El 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 y su tratamiento informático para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo. Y por el Servicio Público de Empleo a efectos de seguimiento, control y evaluación de la formación recibida. Igualmente, mediante la suscripción de la presente solicitud autoriza a la Fundación Autónoma para la Formación en el Empleo de Castilla y León y al Servicio Público de Empleo de Castilla y León para la comprobación de cuantos datos sea necesario para la acreditación de los datos aportados en el presente documento, especialmente, los relativos a la identidad, residencia, vida laboral y discapacidad.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Trabajador

<sup>1</sup>

(1) Relación de Códigos de Colectivos:

RG – Régimen General // FD – Fijos Discontinuos en periodos de no ocupación // RE – Regulación de Empleo en periodos de no ocupación // AGP – Régimen Especial Agrario por cuenta propia // AGA- Régimen Especial Agrario por cuenta ajena // AU – Régimen Especial de Autónomos // AP – Administración Pública // EH – Empleado de hogar // DF – Trabajadores que accedan al desempleo durante el periodo formativo // RLE - Trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores // CESS – Trabajadores con convenio especial con la Seg. Social// CP- Colegio Profesional

(2) Se entenderá por PYME las empresas que emplean a menos de 250 trabajadores, cuyo volumen de negocio anual no exceda de 40 mill.de euros, o cuyo balance general anual no exceda de 27 mill. de euros y que cumplan el criterio de independencia.