

D9 FULL DE DEMANDA DELS ALUMNES

ACCIONS FORMATIVES DIRIGIDES PRIORITÀRIAMENT A TREBALLADORS I TREBALLADORES DESOCUPATS

DADES IDENTIFICATIVES DE L'ACCIÓ/DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ACCIÓN

Nom de l'acció formativa Nombre de la acció formativa: _____	Núm. Acció formativa Nº Acció formativa: _____ Codi/Código: _____
---	---

DADES DE LA O DEL PARTICIPANT

DADES PERSONALS / DATOS PERSONALES

Llinatges / Apellidos: _____	Nom/ Nombre: _____
DNI/NIE: _____	Sexe/ Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> donal/ mujer. <input type="checkbox"/> home/ hombre
Adreça / Dirección: _____	Població/ Localidad: _____
Codi postal / Código postal: _____	Província/ Provincia: <u>Illes Balears</u>
Correu electrònic/Correo electrónico: _____	Telèfons/ Teléfonos: _____
Data naixement / Fecha nacimiento: ___/___/___	Edat/Edad: _____

SITUACIÓ LABORAL/SITUACIÓN LABORAL

ocupat/ocupado desocupat/desempleado

En cas de derivació per part d'un SERVEI D'ORIENTACIÓ/en caso de derivación por parte de un SERVICIO DE ORIENTACIÓN:

Orientador: _____ Entitat _____

OBLIGATORI: Signatura de

FORMACIÓ / FORMACIÓN

Marcau amb una X la casella amb el nivell màxim del qual posseïu titulació oficial en fer la sol·licitud.
Marque con una X la casilla con el nivel máximo del que posee titulación oficial al hacer la solicitud.

	Dara d'obtenció(D/M/A) Fecha de obtención(F/M/A)	Especialitat formativa Especialidad formativa*
Estudis primaris sense certificat / Estudios primarios sin certificado.		
Certificat d'escolaritat-Garantia Social / Certificado de escolaridad - Garantía Social* EGB./ ESO.		
Formació professional 1-Cicle Formatiu de Grau Mitjà / Formación profesional - Ciclo Formativo de Grado Medio*		
BUP - COU - Batxillerat superior / BUP - COU - Bachiller superior.		
Formació professional 2- Cicle Formatius de Grau Superior / Formación profesional 2- Ciclo Formativo de Grado Superior*		
Titulació universitària de grau mitjà / Titulación universitaria de grado medio*		
Titulació universitària de grau superior / Titulación universitaria de grado superior*		
Certificat de Professional de nivell 1/ Certificado de Profesionalidad de nivel 1*		
Certificat de Professionalitat de nivell 2/ Certificado de Profesionalidad de nivel 2*		
Certificat de Professionalitat de nivell 3/ Certificado de Profesionalidad de nivel 3*		

GRUPS ESPECIALS Persona amb discapacitat / Persona con discapacidad

DECLARACIÓ / DECLARACIÓN

Autoritzo al SOIB la consulta de la base de dades de la TGSS, per comprovar la meua situació laboral a efectes de gestió i avaluació dels resultats obtinguts a l'acció formativa, segons exigència de la Unió Europea/Autorizo al SOIB la consulta de la base de datos de la TGSS, para comprobar mi situación laboral a efectos de gestión y evaluación de los resultados obtenidos en la acción formativa, según exigencia de la Unión Europea.

Aporto/Aporto:

- Fotocòpia del DNI/NIE/Permís de treball / *Fotocopia del DNI/NIE/Permiso de trabajo*
- Fotocòpia de la titulació assenyalada a l'apartat de formació requerida per a l'accés a certificats de professionalitat/ *Fotocopia de la titulación señalada en el apartado de formación requerida para el acceso a certificados de profesionalidad*

Sol·licit l'acció formativa assenyalada i declar, sota la meva responsabilitat, que la informació facilitada és certa.
Solicito la acción formativa indicada y declaro, bajo mi responsabilidad, que la información facilitada es cierta.

Signatura / *Firma*

Data / *Fecha*: ____ / ____ / ____