

**CURSO:**
**PLAN:**
**Fecha de realización:**
**Código (a cumplimentar por FLC):**
**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Los apartados señalados con un asterisco (\*) deben cumplimentarse obligatoriamente.

**DATOS PERSONALES**

Nombre (*)	
1º Apellido (*):	
2º Apellido (*):	
D.N.I. / N.I.E.: (*)	
Dirección: (*)	
C.P.: (*)	Localidad: (*)
Provincia:	País de Nacimiento: (*)
Nº de Seguridad Social: (*)	
Fecha de nacimiento: (*)	Sexo (marque con X lo que proceda): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M

**DATOS DE CONTACTO (\*)** Obligatorio uno de ellos. En cursos con modalidad teleformación es obligatorio disponer de correo electrónico.

Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:
Correo electrónico:	

**SITUACIONES A CONSIDERAR**

Discapacidad (Marque con una X, lo que proceda): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI → Indique Tipo y porcentaje (%) <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial
Víctima de terrorismo (Marque con una X, lo que proceda): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Víctima violencia de género (Marque con una X, lo que proceda): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**DATOS ACADÉMICOS ESTUDIOS FINALIZADOS (Marque con una X, lo que proceda). (\*)**

<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Estudios Primarios <input type="checkbox"/> Graduado escolar /EGB <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FP I Indique la Rama Profesional <input type="checkbox"/> FP II (ciclo grado medio/ superior). Indique la Rama Profesional	<input type="checkbox"/> BUP/COU/BACHILLERATO <input type="checkbox"/> DIPLOMATURA. Indique la Diplomatura <input type="checkbox"/> LICENCIATURA. Indique la Licenciatura <input type="checkbox"/> Ciclo Grado Superior. Indique el Grado <input type="checkbox"/> Doctor. <input type="checkbox"/> OTROS → Indique cuales:
--	--

**SITUACIÓN LABORAL ACTUAL (marque lo que proceda): (\*)**

<input type="checkbox"/> Trabajador Desempleado → Oficina de Empleo en la que está inscrito:
<input type="checkbox"/> Trabajador en activo → Indique:
Empresa con más de 250 trabajadores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> .
Razón social /nombre de la empresa: (*)
CIF: (*)                      Sector/Convenio: (*)
Domicilio del centro de trabajo: (*)
C.P.: (*)                      Municipio: (*)
Cuenta de cotización del centro de trabajo: (*)

**ÁREA FUNCIONAL/CATEGORÍA (Solo ocupados) (Marque con una X, lo que proceda). (\*)**

<input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción	<input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando Intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado <input type="checkbox"/> Trabajador de baja cualificación (Grupo cotización 06, 07, 09 o 10 de la última ocupación)
--	--

(continuar página 2)

 Firmado<sup>1</sup>:.....

**COLECTIVO (Marque con una X, lo que proceda). (\*)**

<input type="checkbox"/> Régimen Especial Agrario por cuenta ajena	<input type="checkbox"/> Fijos Discontinuos en periodos de No Ocupación
<input type="checkbox"/> Régimen Especial Agrario por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (con trabajos discontinuos) en sus periodos de No Ocupación
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de Autónomos	<input type="checkbox"/> Regulación de empleo en periodos de No Ocupación
<input type="checkbox"/> Trabajadores con convenio especial con la seguridad social	<input type="checkbox"/> Régimen General
<input type="checkbox"/> Mutualistas de Colegios Profesionales no incluidos como autónomos	<input type="checkbox"/> Trabajador con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores.
<input type="checkbox"/> Trabajos que accedan al desempleo durante el periodo formativo	
<input type="checkbox"/> Trabajadores No Ocupados registrados como demandantes de empleo en los servicios públicos de empleo.	

**GRUPO DE COTIZACIÓN DE LA TGSS (en caso de Régimen General) (Marque con una X, lo que proceda). (\*)**

<input type="checkbox"/> 1/ Ingenieros y Licenciados	<input type="checkbox"/> 6/ Subalternos
<input type="checkbox"/> 2/ Ingenieros técnicos peritos y ayudantes titulados	<input type="checkbox"/> 7/ Auxiliares administrativos
<input type="checkbox"/> 3/ Jefes administrativos y de taller	<input type="checkbox"/> 8/ Oficiales de primera y de segunda
<input type="checkbox"/> 4/ Ayudantes no titulados	<input type="checkbox"/> 9/ Oficiales de tercera y especialistas
<input type="checkbox"/> 5/ Oficiales administrativos	<input type="checkbox"/> 10/ Peones
	<input type="checkbox"/> 11/ Trabajadores menores de 18 años

A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley 15/1999 (LOPD) se le informa de que sus datos serán incorporados a un fichero del que es responsable la Fundación Laboral de la Construcción, con el fin de realizar las gestiones necesarias para su inscripción en este curso y sobre que sus datos podrán ser cedidos a la entidad que financia la formación con el objeto de control y seguimiento del mismo. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos especificados en la LOPD dirigiendo comunicación por escrito, acompañada de fotocopia del DNI a la Fundación Laboral de la Construcción, calle Rivas, 25 - 28052 Madrid o bien mediante el envío de una notificación de correo electrónico a la dirección [gestionesarco@fundacionlaboral.org](mailto:gestionesarco@fundacionlaboral.org).

- Autorizo la emisión del certificado relativo a la formación a la que hace referencia esta solicitud a petición de la empresa en la que actualmente presto mis servicios.
- Deseo recibir en el futuro información comercial por correo electrónico, correo postal, teléfono o SMS sobre futuras jornadas formativas, productos y servicios de la Fundación Laboral de la Construcción.

Conforme a la Ley 34/2002 (LSSICE), se le informa de que usted puede revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para la recepción de comunicaciones comerciales por vía electrónica, oponiéndose al tratamiento de sus datos a través de la dirección de correo electrónico [seguriddededatos@fundacionlaboral.org](mailto:seguriddededatos@fundacionlaboral.org).

**DECLARACION RESPONSABLE DE SALUD (Solo en cursos en los que se realicen prácticas)(\*)**

DECLARA QUE ha sido informado de las posibles actividades y riesgos que pueden conllevar las prácticas a realizar en el curso, para el que se está realizando la inscripción en la que aporta sus datos, y declara que no tiene impedimento físico o psíquico alguno para la realización segura de las mismas, por lo que se compromete a realizar dichas prácticas de acuerdo con la planificación del curso.

En .....PLASENCIA....., a....., de....., de.....

Firmado<sup>1</sup>:

<sup>1</sup>MUY MPORTANTE, la firma del presente documento supone asumir la responsabilidad por parte del firmante de la veracidad de los datos aportados, en especial en lo relacionado a la declaración responsable de salud.