

D9 FULL DE SOL·LICITUD DELS/LES ALUMNES

CONVOCATÒRIA

I. DADES IDENTIFICATIVES DE L'ACCIÓ

Centre de formació: <input style="width: 95%;" type="text"/> Especialitat formativa conduent a Certificat de Professionalitat <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Certificat de Professionalitat, indiqueu si sol·licitau tots els seus mòduls: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Codi i nom de l'especialitat formativa: <input style="width: 95%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Codi MF i nom <input style="width: 95%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Núm. d'ordre <input style="width: 20%;" type="text"/> Núm. acció formativa <input style="width: 20%;" type="text"/>	Núm. inscripció: <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>
---	---

II. DADES DEL/LA PARTICIPANT

DADES PERSONALS	
Llinatges: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Nom: <input style="width: 95%;" type="text"/>
DNI/NIE: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Sexe: <input type="checkbox"/> dona <input type="checkbox"/> home
Persona amb discapacitat acreditada (mínim 33%) <input type="checkbox"/>	
Adreça: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Localitat: <input style="width: 20%;" type="text"/> Codi postal: <input style="width: 10%;" type="text"/>
Província: Illes Balears	Telèfons: <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> Adreça electrònica: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Data naixement: <input style="width: 5%;" type="text"/> / <input style="width: 5%;" type="text"/> / <input style="width: 5%;" type="text"/>	Edat: <input style="width: 5%;" type="text"/>
SITUACIÓ LABORAL <input type="checkbox"/> Desocupat/da <input type="checkbox"/> Ocupat /da	
Si ocupat/da marcat una opció <input type="checkbox"/> sector privat <input type="checkbox"/> administració pública <input type="checkbox"/> autònom/a <input type="checkbox"/> economia social <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
NOMÉS EN EL CAS DE FER UN ITINERARI PERSONALITZAT D'INSERCIÓ, EL SERVEI D'ORIENTACIÓ DEL SOIB I ENTITAT COL·LABORADORA:	
Orientador/a laboral: <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> Signatura orientador/a i segell oficina/entitat (obligatori)
Oficina/Entitat <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Deriva d'acord amb els requisits de l'alumne/a establerts en l'oferta de formació	
REQUISITS D'ACCÉS	
<input type="checkbox"/> Acredita titulació (segons els requisits d'accés a les accions formatives descrits al document 9b (Accés i requisits))	
Titulació que aporta: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Diploma de les Competències Clau <input style="width: 95%;" type="text"/>	

DECLARACIÓ

Autoritzo el SOIB perquè pugui fer les comprovacions necessàries, especialment a l'efecte d'obtenir els resultats d'inserció laboral, consultant la meua vida laboral. Igualment, autoritzo el centre de formació perquè pugui cedir les meves dades personals al SOIB com a competent en matèria de Formació Professional per a l'Ocupació, en el desenvolupament, seguiment, avaluació i control de les accions formatives autoritzades.

DOCUMENTACIÓ APORTADA:

- Fotocòpia del DNI o NIE o permís de treball
- Fotocòpia de la titulació assenyalada als requisits d'accés a les accions formatives del document 9b (Accés i requisits)
- Diploma de les Competències Clau
- Fotocòpia de targeta de demanda actualitzada
- Altra documentació necessària. Doc. que aporta:

- Sol·licit l'acció formativa assenyalada i declar, sota la meua responsabilitat, que la documentació i informació facilitades són certes.
- He llegit i accept les condicions que contenen els documents 9b *Accés i requisits* i 9c *Obligacions i drets*, les còpies corresponents dels quals el centre m'ha lliurat.

Signatura

 Data: / /

D9 HOJA DE SOLICITUD DE LOS/AS ALUMNOS/AS

CONVOCATORIA

I. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ACCIÓN

Centro de formación: <input type="text"/> Especialidad formativa que conduce a Certificado de Profesionalidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Certificado de Profesionalidad, indique si solicita todos sus módulos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Código y denominación de la especialidad formativa: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Código MF y nombre <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Núm. de orden <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Núm. de acción formativa: <input type="text"/>	Núm. Inscripción: <input type="text"/>
--	--

II. DATOS DEL/LA PARTICIPANTE

DATOS PERSONALES	
Apellidos: <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
DNI/NIE: <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre
Persona con discapacidad acreditada (mínimo 33%) <input type="checkbox"/>	
Dirección: <input type="text"/>	Localidad: <input type="text"/> Código postal: <input type="text"/>
Provincia: Illes Balears	Teléfonos: <input type="text"/> <input type="text"/> Correo electrónico: <input type="text"/>
Fecha nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>	
SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Ocupado/a	
Si ocupado/a marcar una opción <input type="checkbox"/> sector privado <input type="checkbox"/> administración pública <input type="checkbox"/> autónomo/a <input type="checkbox"/> economía social En empresa + de 250 trabajadores/as <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
SOLO EN EL CASO DE ESTAR REALIZANDO UN ITINERARIO PERSONALIZADO DE INSERCIÓN, EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN DEL SOIB Y DE ENTIDAD COLABORADORA :	
Orientador/a laboral: <input type="text"/>	Firma orientador/a y sello de la oficina/entidad(obligatorio)
Oficina/Entidad <input type="text"/>	
Deriva de acuerdo con los requisitos del alumno/a establecidos en la Oferta de Formación	
REQUISITOS DE ACCESO	
<input type="checkbox"/> Acredita titulación (según los requisitos de acceso a las acciones formativas descritos en documento 9b Acceso y requisitos)	
Titulación que aporta: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Diploma de las Competencias Clave <input type="text"/>	

DECLARACIÓN

Autorizo al SOIB para que pueda hacer las comprobaciones necesarias, especialmente para obtener los resultados de inserción laboral, consultando mi vida laboral. Igualmente, autorizo al centro de formación, para que estos puedan ceder mis datos personales al SOIB como competente en materia de Formación Profesional para el empleo, en el desarrollo, seguimiento, evaluación y control de las acciones formativas autorizadas.

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

- Fotocopia del DNI o NIE o permiso de trabajo
- Fotocopia de la titulación indicada en los requisitos de acceso de las acciones formativas del documento 9b Acceso y requisitos
- Diploma de las Competencias Clave
- Fotocopia de Tarjeta de demanda actualizada
- Otra documentación necesaria. Doc. que aporta:

- Solicito la acción formativa indicada y declaro, bajo mi responsabilidad, que la documentación e información facilitadas son ciertas.
- He leído y acepto las condiciones que contienen los documentos 9b Acceso y requisitos y 9c Obligaciones y derechos, de los cuales por parte del centro se me han entregado las correspondientes copias.

Firma

Fecha: / /