

D9 FULL DE SOL·LICITUD DELS/LES ALUMNES

CONVOCATÒRIA

I. DADES IDENTIFICATIVES DE L'ACCIÓ

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

II. DADES DEL/LA PARTICIPANT

DADES PERSONALS	
Llinatges: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
DNI/NIE: <input type="text"/>	Sexe: <input type="checkbox"/> dona <input type="checkbox"/> home
Adreça: <input type="text"/>	Persona amb discapacitat acreditada (mínim 33%) <input type="checkbox"/>
Localitat: <input type="text"/>	Codi postal: <input type="text"/>
Província: Illes Balears	Telèfons: <input type="text"/> <input type="text"/> Adreça electrònica: <input type="text"/>
Data naixement: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Edat: <input type="text"/>
SITUACIÓ LABORAL <input type="checkbox"/> Desocupat/da <input type="checkbox"/> Ocupat da	
Fixo/a discontinu/a <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
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	
A empresa + de 250 treballadors/es <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
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 type="text"/>	<input type="text"/> Signatura orientador/a i segell oficina/entitat (obligatori)
Oficina/Entitat: <input 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 type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Diploma de les Competències Clau <input 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 puguin 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: / /