

SOLICITUD DE ADMISIÓN A LAS ACCIONES FORMATIVAS DEL PROYECTO “INSERTA PACTO LOCAL POR EL EMPLEO”

1	DATOS DEL CURSO
DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA:	
COLECTIVO: Nº USUARIO	

2	DATOS PERSONALES	
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	
NOMBRE:	DNI / PASAPORTE / N.I.E.:	FECHA NACIMIENTO:
NACIONALIDAD:	DOMICILIO:	MUNICIPIO:
C. POSTAL:	PROVINCIA:	TELÉFONOS DE CONTACTO:

3	NIVEL EDUCATIVO	
▪ ESTUDIOS QUE POSEE: _____		
▪ ¿HA REALIZADO OTROS CURSOS DE FORMACIÓN ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO INDIQUE CUALES:		
Nombre del curso	Centro	Fechas realización
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4	SITUACIÓN LABORAL	
DESEMPLEADO/A: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA ANTIGÜEDAD DESEMPLEO: _____	
▪ ¿ESTA COBRANDO LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR DESEMPLEO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
▪ ¿PERCIBE OTRAS PENSIONES O AYUDAS ECONÓMICAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indique cuales: _____		
▪ ¿TIENE EXPERIENCIA PROFESIONAL PREVIA RELACIONADA CON EL CURSO?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
EXPERIENCIA PROFESIONAL:		
PUESTO: _____	DURACIÓN: _____	CONTRATO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PUESTO: _____	DURACIÓN: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PUESTO: _____	DURACIÓN: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PUESTO: _____	DURACIÓN: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

5 SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

- ¿ES FAMILIA MONOPARENTAL CON HIJOS U OTRAS PERSONAS DEPENDIENTES A CARGO? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

- NÚMERO DE MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR: _____
- PARENTESCO: _____

- ¿MENOR DE 18 AÑOS EN CASA DE ACOGIDA? SI NO

- ¿ESTÁ EN EL PROGRAMA DE SALARIO SOCIAL O SIMILAR? SI NO

- **INDIQUE SI SE ENCUENTRA DENTRO DE ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES ESPECIALES:**

- Mayor de 45 años.
 Joven menor de 30 años.
 Parados de Larga Duración (tarjeta de Desempleo de mas de 12 meses).
 Perteneciente a minorías étnicas. Otras situaciones: _____
 Inmigrante.
 Cuidador no profesional de personas dependientes.
 Personas sometidas a maltrato físico o psíquico.
 Personas en proceso de rehabilitación o de reinserción social.
 Jóvenes que no han superado la Enseñanza Secundaria Obligatoria.
 Personas afectadas por una minusvalía física, psíquica o sensorial

6 EXPLIQUE LAS RAZONES POR LAS QUE SOLICITA ESTE CURSO

7 DOCUMENTACIÓN QUE SE REQUIERE

- D.N.I. / Pasaporte/ N.I.E.
 Tarjeta de Demanda de Empleo.
 Título o Certificado de Estudios finalizados.
 Informe de los periodos de inscripción en el S.A.E., en caso de ser parado/a de larga duración.
 Documentación acreditativa de encontrarse en alguna de las situaciones especiales contempladas mas arriba.

Doy fe de que los datos anteriormente expuestos son ciertos, y por tanto podré acreditarlos si así me es requerido, y solicito participar en el proceso selectivo del curso arriba señalado, aceptando todas las bases establecidas para ello.

En Motril a _____ de _____ de 2008.

Firmado: _____

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE MOTRIL.