



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUA - HOBETUZ

(Adjuntar fotocopia del DNI y el encabezado de la última nómina)

NOMBRE Y APELLIDOS		Nº N.I.F. y LETRA.....	
DOMICILIO		C.P. MUNICIPIO	
TFNO de contacto DEL/DE LA TRABAJADOR/A		CORREO/email:.....	
Nº DE SEGURIDAD SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		SITUACIONES ESPECIALES: <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> INMIGRANTE	
SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DESEMPLEO?		<input type="checkbox"/> SI	Desde: _____ <input type="checkbox"/> NO
SE ENCUENTRA EN REGULACIÓN DE EMPLEO (E.R.E.)?		<input type="checkbox"/> SI	Desde: _____ <input type="checkbox"/> NO
ÁREA FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción			
CATEGORÍA PROFESIONAL: <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando Intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador Cualificado <input type="checkbox"/> Trabaj. No Cualific			
TIPO DE JORNADA: <input type="checkbox"/> A TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> A JORNADA COMPLETA			

TIPO DE CONTRATO:			
<input type="checkbox"/> Indefinido	<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo	<input type="checkbox"/> Por obra o servicio	<input type="checkbox"/> Eventual por circunstancias de la producción
<input type="checkbox"/> Lanzamiento de nueva actividad	<input type="checkbox"/> De sustitución por anticipación de la edad de jubilación	<input type="checkbox"/> de relevo de interinidad	
<input type="checkbox"/> En prácticas / de aprendizaje / de formación <input type="checkbox"/> Autónomos <input type="checkbox"/> Agrarios/as <input type="checkbox"/> Personal al Servicio de la Administración Pública			

NIVEL DE ESTUDIOS:			
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudios primarios	<input type="checkbox"/> Graduado escolar	<input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> FPI / Ciclo Grado Medio <input type="checkbox"/> FP/II/Ciclo Grado Superior
<input type="checkbox"/> BUP/COU Bachillerato <input type="checkbox"/> Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura			

EMPRESA/ RAZON SOCIAL:		Nº CIF y Letra:.....	
DOMICILIO:.....		Nº:	BIS:
		ESCALERA:	PISO:
		LETRA:	
C.P.:.....		POBLACIÓN:	TELEFONO:
		FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:		PYME: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	NUEVA CREACIÓN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
PLANTILLA MEDIA ANUAL:		¿EXISTE RLT? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
GRUPO CNAE/ACTIVIDAD:		CONVENIO DE REFERENCIA/DESCRIPCIÓN:	

<u>CURSOS SOLICITADOS</u>			
1)	3)	2)	4)
Preferencia de horarios:			
Motivos: <input type="checkbox"/> La promoción en el puesto de trabajo <input type="checkbox"/> La adaptación o ampliación de conocimientos			
<input type="checkbox"/> El mantenimiento de las competencias profesionales			

*¿Como conoció la existencia de este Centro? Indicar el medio principal			
1. A través de Prensa....	2. A través de Folletos....	3. A través de otro alumno....	4. Pasar por aquí....
5. A través de la Página Web....	6. Redes Sociales....	7.Otros (indicar).....	

➤ <i>El/la trabajadora solicitante será responsable de la veracidad de los datos personales que se presenten en este apartado, así como de su condición de ocupado/a.</i>	
En	a de, 20....
Fdo:.....	

Enviar este formulario por fax al 943 399867 ó e-mail: formacion@zubeldia.com