 

**Annex 1. Sol·licitud de participació en una acció formativa**

|  |
| --- |
| Nom de l’entitat sol·licitant Núm. d’expedient  **ACRA** **PS20210013** |
| Denominació de l’acció formativa Núm. de l’acció formativa  **Atenció infermera al pacient amb accidents vasculars** **9.1** |

# Dades del treballador/a participant

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognoms i nom Nom sentit |  |  | NIF |  |
| Data de naixement | Gènere | NASS |  | Discapacitat   * Sí 1 ☐No |
| Adreça |  | Codi Postal | Població | Comarca |
| Correu electrònic |  | Telèfon mòbil |  | Telèfon |
| A través de qui vas conèixer aquest curs?   * Oficina de Treball ☐Cercador de cursos del SOC ☐Twitter del Consorci @fpo\_continua * Web del Consorci: conforcat.gencat.cat ☐Web: fp.gencat.cat ☐Twitter d’Ocupació @ocupaciocat * Entitat de Formació ☐LinkedIn ☐Amics, amigues o familiars * Agents econòmics i socials ☐Empresa ☐Premsa, ràdio, televisió (mitjans comunicació) * Altres   Interès a participar a l’acció formativa (camp obert)   * Autoritzo al Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya a utilitzar les meves dades personals per rebre informació sobre la formació professional per a l’ocupació. | | | | |

**Formació acadèmica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Estudis*** |  |  |  |
| * Sense titulació * Títol de graduat ESO / graduat escolar * Títol de batxillerat * Títol de FP bàsica / Cert. de Prof.\* Nivell 1 * Títol de tècnic/a / FP grau mitjà / Cert. de Prof.\* Nivell 2 | | * Títol de tècnic/a Superior / FP grau superior / Cert. de Prof.\* Nivell 3 * Estudis universitaris de 1r Cicle (diplomatura-grau) * Estudis universitaris de 2n Cicle (llicenciatura-màster) * Altra titulació. *Especificar:.........................................*   *\*Cert. de Prof.: Certificat de professionalitat* | |
| ***Àrea funcional*** *(només ocupats/ades)* |  | Categoria (només ocupats/ades) | |
| * Direcció * Administració * Comercial * Manteniment * Producció |  | * Directiu/iva * Comandament intermedi * Tècnic/a * Treballador/a qualificat/ada * Treballador/a de baixa qualificació2 | |
| ***Col·lectiu*** |  |  |  |
| * Ocupat/ada. Consigneu-hi codi3 ☐Desocupat/ada ☐Afectat/da ERTO ☐Situació de cuidador/a no professional(CPN) | | | |
|  | | | |
| **Entitat o empresa on treballeu actualment (només ocupats/ades)** | | | |
| Empresa amb més de 250 treballadors/ores Sí ☐ No ☐ | | | Nre. de treballadors |
| Raó social |  |  |  |
| Sector |  |  | Conveni de referència |
| CIF | Núm. d’inscripció a la Seguretat Social | |  |
| Adreça del centre de treball |  |  |  |
| Codi Postal | Població |  | Comarca |
| Signatura del/de la treballador/a  Lloc i data: |  |  |  |

**Protecció de dades**: als efectes previstos a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, i al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del consell de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques respecte al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades) i la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i el seu Reglament de desplegament, aprovat pel Reial decret 1720/2007, de 21 de desembre, s'informa a la persona interessada que les dades personals consignades en aquest document s'incorporaran al fitxer automatitzat del Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya, “Contractes programa i Convenis per a la Formació Contínua”, amb la finalitat de gestionar i tractar les dades corresponents. Així mateix, les persones interessades poden exercir els drets de l'afectat/ada mitjançant escrit a la Subdirecció de Planificació, Innovació i Recursos Humans del Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya, carrer Llull, 297-307, 4a planta, 08019 Barcelona, o a l'adreça de correu electrònic [lopd@conforcat.cat.](mailto:lopd@conforcat.cat)

1. Autoritzo al Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya a verificar el grau de discapacitat mitjançant el certificat que el Departament d’Acció Social i Ciutadania emet a través de l’aplicació informàtica PICA.
2. Treballadors/ores inclosos/es en els grups de cotització de la Seguretat Social: 6, 7, 9 i 10, o nivell d’estudis igual o inferior a ESO per a treballadors/ores desocupats/ades.
3. Consigneu-ne el codi d’acord amb la relació següent:

|  |  |
| --- | --- |
| RG Règim general | EH Treballadors/ores de la llar |
| FD Fixos discontinus en períodes de no-ocupació | DF Treballadors/ores que accedeixen a l’atur durant el període formatiu |
| RE Regulació d’ocupació en períodes de no-ocupació AGP Règim especial agrari per compte pròpia | RLE Treballadors/ores amb relacions laborals de caràcter especial (regulades per l’article 2 de l’Estatut dels treballadors) |
| AGA Règim especial agrari per compte d’altri | CESS Treballadors/ores amb conveni especial amb la Seguretat Social |
| AU Règim especial d’autònoms  TM Treballadors/ores inclosos/es al règim especial del mar  CP Mutualistes de Col·legis Professionals no inclosos com autònoms | AP Administració pública  FDI Treballadors/ores a temps parcial de caràcter indefinit (amb feina discontínua) i en els períodes de no-ocupació |

* Declaro que he estat informat per part de l’entitat de que el curs per al qual sol·licito la inscripció forma part dels programes de formació professional per a l’ocupació adreçats prioritàriament a persones treballadores ocupades, subvencionats pel Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya.