

**SOLICITUDE DE PARTICIPACIÓN NO PROCESO SELECTIVO DAS ACCIÓNS FORMATIVAS DO
PROXECTO ILES-CONCELLO DE PONTEVEDRA**

DATOS DOS CURSOS (indicar unha única opción)

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Á PERSOAS MAIORES DEPENDENTES
COIDADOR/A DE PERSOAS CON DISCAPACIDADES FÍSICA OU PSÍQUICA
LIMPADOR/A DE INMOBLES

DATOS IDENTIFICATIVOS DO/A CANDIDATO/A

Apelidos:		Nome:	
DNI/ NIE/PASAPORTE:	Data de nacemento:	Idade	Lugar de nacemento:
Enderezo:		Localidade:	
Provincia:	Código postal:	Nacionalidade:	
Telefono1:	Telefono2	Correo electrónico	

PERSONAS A SEU CARGO

Nº de fillos/as:	Idades:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Non
¿Ten alguna outra persoa a seu cargo?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Non
En caso afirmativo, ¿Alguén pode ocuparse de eles/as?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Non

PERFIL DO SOLICITANTE

Desempregado: .	<input type="checkbox"/> Menor de 30 anos	<input type="checkbox"/> Entre 30 e 45 anos	<input type="checkbox"/> Maior de 45 anos
Oficina de emprego na que está inscrito:	Data de antigüedad:		
Tempo en desemprego:	<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 2 anos
Situación especial:			
<input type="checkbox"/> Discapacitado/a.	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Psíquica	<input type="checkbox"/> Sensorial
<input type="checkbox"/> Persoas en proceso de rehabilitación ou reinserción social (ex - toxicómanos ou ex - reclusos)			
<input type="checkbox"/> Persoas pertencentes a etnias desfavorecidas ou minoritarias.			
<input type="checkbox"/> Inmigrantes			

NIVEL EDUCATIVO

<input type="checkbox"/> Estudos primarios incompletos <input type="checkbox"/> EXB / ESO <input type="checkbox"/> F.P/Ciclos Formativos <input type="checkbox"/> Bacharelato <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Outros	Rama ou especialidade
--	-----------------------

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Ocupación ou actividade realizada	Tempo	data inicio	data finalización	Empresa

OUTROS DATOS

Indicar si actualmente algunha das seguintes prestacións económica:

Desemprego contía tempo concedido

RAI contía tempo concedido

Pensión contía tempo concedido Entidade

Outras contía tempo concedido Entidade

Disponibilidade horaria para as prácticas do curso: Mañá Tarde Mañá e tarde

Carné de conducir: SI Non Coche: SI Non

Describe o motivo fundamental polo que elixe formar parte deste proxecto:

DOCUMENTACIÓN APORTADA:

- DNI/NIE
- Tarxeta de demandante de emprego
- Certificado de antigüidade na demanda de emprego
- Vida laboral actualizada
- Volante de empadronamento
- Certificado de minusvalía
- Informe acreditativo de pertenza a colectivos con especiais dificultades
- Currículo con fotografía recente
- Outros, Indicar:

Solicito a participación no itinerario formativo arriba sinalado e declaro que a información facilitada é certa, podendo aportar canta documentación se requira.

Pontevedra, de de 2.012
 Sinatura do Interesado

De conformidade co previsto na Lei orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter persoal, informámoslle de que os seus datos de carácter persoal serán incluídos nun ficheiro denominado "Formación", inscrito no Rexistro da Axencia de Protección de Datos e cuxo responsábel é o Concello de Pontevedra. A finalidade desta recollida de datos de carácter persoal é a xestión dos cursos de formación impartidos polo Concello de Pontevedra. Como titular dos datos, vostede dá o seu consentimento e autorización para a inclusión dos mesmos no ficheiro anteriormente detallado. En calquera caso, poderá exercer de balde os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dirixíndose por escrito ao Rexistro Xeral do Concello de Pontevedra, situado Michelena, 30, 36071 Pontevedra.

ILMO. SR. ALCALDE PRESIDENTE DO EXCMO. CONCELLO DE PONTEVEDRA