

Tipo Orientación*: Orientación profesional Agencia Colocación Autoempleo

Curso solicitado (en su caso) CÓDIGO _____

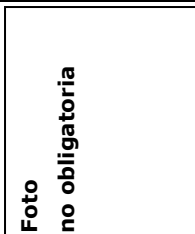
Denominación: _____

Datos del solicitante

¿Ha solicitado alta en el Sistema de Garantía Juvenil? SI NO

A. Datos personales

Identificación



A1. N.I.F*: _____
A2. Apellidos*: _____
A3. Nombre*: _____
A4. Sexo*: 1. Varón 2. Mujer
A5. Fecha de nacimiento*: _____
A6. Nacionalidad*: _____

Domicilio y teléfono

A14. Teléfono*: _____
A7. Provincia*: _____
A8. Calle*: _____
A9. Número*: _____ Piso*: _____
A10. Información adicional: _____

Si la provincia es Melilla:

A11. Distrito: _____ A11. Barrio: _____

Si la provincia no es Melilla:

A12. Localidad*: _____

A13. Código postal*: _____

Información adicional

A14. Teléfono*: _____
A15. e-mail: _____
A16. Porcentaje Discapacidad : _____ %

B. Datos Laborales

B1. Situación *: 1. Desempleo

B2*. Si está en desempleo, indique su caso concreto

- 1. Percibe prestación por desempleo
- 2. Percibe subsidio por desempleo
- 3. En paro sin percibir subsidio o prestación
- 4. Demandante de primer empleo
- 5. Demandante de empleo tras larga ausencia voluntaria del mercado laboral

*campos obligatorios

B3*. Si está en desempleo, indique

Antigüedad: _____ días
Fecha de referencia de la antigüedad: _____

Versión 24/11/23

C. Datos académicos

C1*. Indique la titulación académica más alta que posea (se puede indicar dos titulaciones)

- 01. Estudios primarios sin certificado
- 02. Estudios primarios o equivalente
- 03. Educación Secundaria Obligatoria o equivalente
- 05. Bachiller o equivalente
- 06. FP Grado Medio o equivalente Especialidad: _____
- 07. FP Grado Superior o equivalente Especialidad: _____
- 08. Titulación universitaria de grado medio Especialidad: _____
- 09. Titulación universitaria de grado superior Especialidad: _____
- 10. Formación Postgrado Especialidad: _____

C2. ¿Está cursando algún tipo de estudios?

- 00. No
- 01. Estudios primarios sin certificado
- 02. Estudios primarios o equivalente
- 03. Educación Secundaria Obligatoria o equivalente
- 05. Bachiller o equivalente
- 06. FP Grado Medio o equivalente Especialidad: _____
- 07. FP Grado Superior o equivalente Especialidad: _____
- 08. Titulación universitaria de grado medio Especialidad: _____
- 09. Titulación universitaria de grado superior Especialidad: _____
- 10. Formación Postgrado Especialidad: _____

Antes de firmar esta solicitud, y en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo) y de la Ley Orgánica 3/18 de Protección de Datos y garantía de derechos digitales (LOPDGDD), para que usted sepa bien qué hacemos con sus datos, debe leer la información básica que le presentamos a continuación:

Información básica sobre protección de datos	
Responsable del tratamiento	PROYECTO MELILLA SAU
Finalidad	Gestión y control de las actividades formativas de los alumnos.
Legitimación	El cumplimiento de una misión de interés público por el responsable del tratamiento.
Destinatarios	Los datos se cederán a las entidades formadoras que serán encargadas del tratamiento, así como a aquellos organismos necesarios por obligación legal.
Derechos de los interesados	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explican en la información adicional.
Datos del Delegado de Protección de Datos	dpo@promesa.net
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.promesa.net/politica-de-privacidad/

Las respuestas a las preguntas señaladas por un asterisco (*) son obligatorias y su falta de contestación supondrá la imposibilidad de acceder a los servicios solicitados. Necesario adjuntar copias de **DNI, DARDE, T5 y Titulación**.

Melilla, a _____ de _____ de 20____

Horas OP	
Horas BAE	
Horas OA	
TOTAL HORAS	

Fdo.: _____

FIRMA ORIENTADOR: _____



T.5

Registro de presentación

Registro de entrada

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN A PERSONA DISTINTA A SU TITULAR

DATOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN

SI ES PERSONA FÍSICA:

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda) D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE: N° DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

DOMICILIO TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA C.POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

DATOS TELEMATICOS CORREO ELECTRÓNICO

ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI NO TELÉFONO MÓVIL

SI ES PERSONA JURÍDICA:

RAZÓN SOCIAL CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL

DOMICILIO TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA C.POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

DATOS TELEMATICOS CORREO ELECTRÓNICO

ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI NO TELÉFONO MÓVIL

REPRESENTANTE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda) D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE: N° DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA

SI ES PERSONA FÍSICA:

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda) D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE: N° DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

DOMICILIO TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA C.POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

SI ES PERSONA JURÍDICA:

RAZÓN SOCIAL CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL

DOMICILIO TIPO DE VÍA NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA BLOQUE NÚM. BIS ESCAL. PISO PUERTA C.POSTAL

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO PROVINCIA TELÉFONO

REPRESENTANTE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda) D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE: N° DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

El titular de la información **autoriza** a la persona identificada en el apartado "DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA" a recibir, en las dependencias de la Tesorería General de la Seguridad Social, la documentación que se indica a continuación: (Marque con "X")

- DOCUMENTO IDENTIFICATIVO ANTE LA SEGURIDAD SOCIAL. - INFORME DE VIDA LABORAL DE TRABAJADOR/A.

- INFORME DE BASES DE COTIZACIÓN DE TRABAJADOR/A. - INFORME DE VIDA LABORAL DE EMPRESA.

- INFORME SOBRE SITUACIÓN RESPECTO DEL INGRESO DE CUOTAS.

- OTRA INFORMACIÓN:

LUGAR, FECHA Y SELLO DE LA PERSONA JURÍDICA TITULAR DE LA INFORMACIÓN	LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL REPRESENTANTE	LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN	LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTACIÓN A APORTAR: Original del documento identificativo del autorizado, además del original o fotocopia del documento identificativo del titular

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

T.5
(26-06-2018)