

## ANEXO PREINSCRIPCIÓN CURSO MF26

### REQUISITOS MÍNIMOS:

- a)  Disponer de mayoría de edad en el momento de la inscripción.
- b)  Haber nacido después de 01/09/1971 (Menor de 55 años)
- c)  Disponer de al menos certificado de estudios primarios finalizados o prueba VIA, o en su defecto acreditación de saber leer y escribir en castellano.
- d)  Estar empadronado/a en Melilla.
- e)  Estar en situación de desempleo.
- f)  No estar admitido en ningún otro programa formativo becado gestionado por PROMESA.
- g)  No abandonar ni haber abandonado ningún otro curso gestionado por PROMESA, salvo motivos de inserción laboral desde 01/09/2024.
- h)  Formalizar inscripción completa.
- i)  En caso de Homologación externa cumplir con los requisitos académicos del curso
- j)  Superar el proceso de Orientación definido por PROMESA

### Notas Informativas:

- Únicamente se admitirán las primeras 60 solicitudes realizadas de manera correcta para cada curso.
- La Fecha de cálculo de referencia para el periodo de inactividad será desde la finalización del último trabajo hasta el día 01/09/26.
- Para los inactivos en búsqueda de primer empleo se computará el periodo entre el cumplimiento de la mayoría de edad y el 01/09/26.
- En caso de existencia de vacantes se ampliará el perfil a criterio de Proyecto Melilla SAU para cada curso.
- Para las vacantes existentes una vez finalizado el periodo de inscripción se utilizará el único criterio de acceso de orden de entrada.

La documentación a presentar obligatoriamente por los alumnos es: DNI/TR, Vida Laboral, Estudios realizados, DARDE, Solicitud del curso, T5 y certificado individual de empadronamiento.

Opcional: Certificado discapacidad y Garantía Juvenil

EL/LA SOLICITANTE \_\_\_\_\_ con DNI/TR \_\_\_\_\_

Declara responsablemente el cumplimiento de la totalidad de los requisitos mínimos establecidos, se compromete a superar el proceso de Orientación y acepta el tratamiento de sus datos personales por PROYECTO MELILLA SAU y el Encargado de Tratamiento asignado en cada caso, comprometiéndome a aportar la totalidad de la documentación requerida antes de la finalización del plazo establecido, en caso contrario se entiende el desistimiento.

FIRMADO

FECHA \_\_\_\_\_

Nº ORDEN: \_\_\_\_\_

## ANEXO PREINSCRIPCIÓN CURSO MF26

### AUTOBAREMO:

En caso de que el número de aspirantes supere al número de plazas, el baremo a aplicar será:

1	Periodo de inactividad continuado (0,25 puntos x cada 3 meses).	5 puntos	
2	No haber sido admitido en ningún curso gestionado por PROMESA en los últimos 5 años o ser beneficiario de Garantía Juvenil.	3 puntos	
3	Certificado de discapacidad superior al 33% compatible con la ocupación a desempeñar.	2 puntos	

En caso de empate decidirán por orden decreciente de importancia los siguientes criterios:

- Periodo de inactividad continuado (Fecha final último trabajo o mayoría edad) \_\_\_\_\_
- Ser mujer

FIRMADO

FECHA \_\_\_\_\_

Nº ORDEN: \_\_\_\_\_

Tipo Orientación\*:  Orientación profesional  Agencia Colocación  Autoempleo

Curso solicitado (en su caso) CÓDIGO \_\_\_\_\_

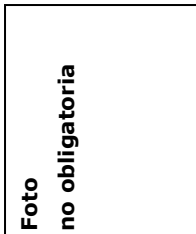
Denominación: \_\_\_\_\_

### 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 <a href="http://www.promesa.net/politica-de-privacidad/">www.promesa.net/politica-de-privacidad/</a>

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\_\_\_\_

<b>Horas OP</b>	
<b>Horas BAE</b>	
<b>Horas OA</b>	
<b>TOTAL HORAS</b>	

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 TELEMÁTICOS 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 TELEMÁTICOS 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 style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 50px;" 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)