

**FICHA ALUMNO**

**Tipo Orientación\*:**  Orientación profesional  Agencia Colocación  Autoempleo v 16/02/2021

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**

Foto obligatoria  
en caso admisión

**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\*:** \_\_\_\_\_

**B. Datos Laborales**

**B1. Situación \*:**  1. Desempleo  2. Activo (pasar a B4)

**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

**B3\*. Si está en desempleo, indique**

Antigüedad: \_\_\_\_\_ días  
Fecha de referencia de la antigüedad: \_\_\_\_\_

**Información adicional**

**Movilidad Geográfica:**  1. Sí  2. No

**Tel. móvil:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**A16. Minusvalía:** \_\_\_\_\_ %

**A17. ¿Tiene carnet de conducir?**  1. Sí  2. No

En caso positivo, indique el/los tipo/s que posee:

- 1. A  2. B  3. C  4. D  5. E

**Situación Familiar especial\*:**

- 1. Hogares sin ninguna persona empleada.
- 2. Hogares sin empleo y con hijo/s a cargo.
- 3. Hogares monoparentales y con hijo/s a cargo.
- 4. Ninguna de las anteriores.

**B4\*. Si está en activo, indique su caso concreto**

Por cuenta ajena, en empresa privada de...

- 1. Menos de 10 trabajadores
- 2. Más de 10 trabajadores

Por cuenta propia como...

- 3. Titular de empresa/profesional con asalariados
- 4. Titular de empresa/profesional sin asalariados
- 5. Miembro de coop., socied. o comunid. de bienes

Sector público

- 6. Empleo público/No pyme

**B5\*. Indique la empresa:** \_\_\_\_\_

**\*campos obligatorios**

s o c i e d a d p ú b l i c a

**PROMESA**  
promoción económica de melilla

Proyecto Melilla, S. A. — Departamento de Formación  
Polígono Industrial SEPES. Calle la Dalia nº36. 52006. MELILLA  
Tlf.: 952 696006 / 952 679804 – Fax: 952 679810 – [www.promesa.net](http://www.promesa.net)

## 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
- 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 para los que son solicitados. Necesario adjuntar copias de DNI, T.5, Titulación y DARDE (en su caso).

Melilla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Horas OP	
Horas BAE	
Horas OA	
TOTAL HORAS	

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  
(15-10-2012)