



PLAN URBAN
FERROL



Concello de Ferrol
Promoción Económica e Emprego



Unión Europea
Fondo Europeo de
Desarrollo Regional

"Una manera de hacer Europa"

SOLICITUDE CURSO: "ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE PERSOAS A DOMICILIO"

NOME:		APELIDOS:		D.N.I:	
DATA DE NACEMENTO:		IDADE:	TEL. 1:		TEL. 2:
ENDEREZO:			C. POSTAL:		POBOACION:
CORREO ELECTRÓNICO:					
NIVEL DE ESTUDIOS:		SEN ESTUDIOS <input type="checkbox"/>		E.X.B., E.S.O., F.P.I. <input type="checkbox"/>	
		B.U.P., C.O.U., BACHILLER, F.P. II <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/>	
SITUACIONES ESPECIAIS:					
<input type="checkbox"/> Ten persoas dependentes ao seu cargo (en caso afirmativo, especificar) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si					
<input type="checkbox"/> Ten menores ao seu cargo (en caso afirmativo, especificar) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si					
<input type="checkbox"/> Migrante. Emigrante retornada/o. Data de regreso: _____					
<input type="checkbox"/> Migrante. Inmigrante. País: _____ Data de chegada: _____					
Permiso de traballo: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si					
<input type="checkbox"/> Con discapacidade: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica <input type="checkbox"/> Sensorial					
SITUACIÓN LABORAL					
<input type="checkbox"/> Data da demanda de emprego: _____ Tempo en situación de desemprego: _____					
<input type="checkbox"/> ¿Cobra algún tipo de prestación? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si					
<input type="checkbox"/> Prestación contributiva por desemprego <input type="checkbox"/> Prestación non contributiva por discapacidade					
<input type="checkbox"/> Subsidio por desemprego <input type="checkbox"/> RISGA					
<input type="checkbox"/> RAI <input type="checkbox"/> Outras					
EMPADROADO EN ZONA URBAN <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si					
DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA Á SOLICITUDE:					
<input type="checkbox"/> Fotocopia do D.N.I.					
<input type="checkbox"/> Volante de empadramento.					
<input type="checkbox"/> Copia da tarxeta de demanda de emprego					
<input type="checkbox"/> Tarxeta de residencia (no caso de ser necesaria)					
¿CÓMO TIVO COÑECEMENTO DO CURSO?		<input type="checkbox"/> Folletos		<input type="checkbox"/> Asoc. Veciños	
		<input type="checkbox"/> Amigo/veciño.		<input type="checkbox"/> Asociacións (sinalar cal _____)	
		<input type="checkbox"/> Outros _____			
¿ESTÁ INTERESADO EN OUTRA FORMACIÓN? INDIQUE CAL:					
COMENTARIOS:					



Oficina do Programa Urban
Rúa Real 194. 15402 Ferrol
Tel. 981364165

En Ferrol, _____ de _____ de 20__

(Sinatura do /-a solicitante)

Estes datos só serán utilizados para os fins expresamente previstos e polo persoal debidamente autorizado, de conformidade co disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal e no Real decreto 994/1999, do 11 de xuño, do Regulamento de medidas de seguridade dos ficheiros automatizados que conteña datos de carácter persoal.