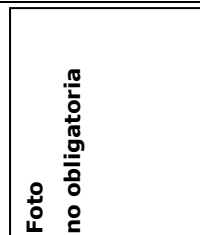


Código curso _____

FICHA DE EXPERTO

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

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*: _____
Tel. móvil: _____ e-mail: _____

B. Datos académicos

B1*. Indique la titulación académica más alta que posea (se puede indicar dos titulaciones)

☐ 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
Otras: _____

B2. ¿Está cursando algún tipo de estudios?

☐ 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
Otras: _____

***campos obligatorios**

B. Datos académicos

B3. Idiomas (se puede indicar un máximo de 3)

Nivel:

Nivel:

Nivel:

B4. Formación didáctica: _____

Otras titulaciones relevantes: _____

C. Datos Laborales

EXPERIENCIA RELACIONADA CON EL CURSO (detallar):

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 para los que son solicitados. Necesario adjuntar copias de **DNI, Vida laboral y Titulación**.

Melilla, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

Versión 15/11/2023



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.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>						
Nº DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL						
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			
CORREO ELECTRÓNICO								
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL								

SI ES PERSONA JURÍDICA:										
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL							
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					
CORREO ELECTRÓNICO										
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL										
REPRESENTANTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		D.N.I.: <input type="checkbox"/>		TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		Nº 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.: <input type="checkbox"/>	TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>	PASAPORTE: <input type="checkbox"/>								
Nº DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL								
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					
CORREO ELECTRÓNICO										
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL										
SI ES PERSONA JURÍDICA:										
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN	CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL							
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					
CORREO ELECTRÓNICO										
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TELÉFONO MÓVIL										
REPRESENTANTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda)		D.N.I.: <input type="checkbox"/>		TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/>		PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		Nº 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")

<input type="checkbox"/>	- DOCUMENTO IDENTIFICATIVO ANTE LA SEGURIDAD SOCIAL.	<input type="checkbox"/>	- INFORME DE VIDA LABORAL DE TRABAJADOR/A.
<input type="checkbox"/>	- INFORME DE BASES DE COTIZACIÓN DE TRABAJADOR/A.	<input type="checkbox"/>	- INFORME DE VIDA LABORAL DE EMPRESA.
<input type="checkbox"/>	- INFORME SOBRE SITUACIÓN RESPECTO DEL INGRESO DE CUOTAS.		
<input type="checkbox"/>	- 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

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