

FICHA ALUMNO

Tipo Orientación*: ☐ Orientación profesional ☐ Agencia Colocación ☐ Autoempleo

v 28/01/2019

Curso solicitado (en su caso) CÓDIGO _____

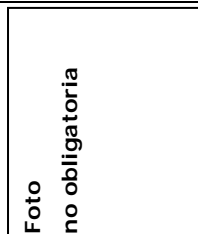
Denominación: _____

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

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.

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: _____

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

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 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.

Melilla, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

Horas OP	
Horas BAE	
Horas OA	
TOTAL HORAS	

FIRMA ORIENTADOR: _____

ANEXO FICHA ALUMNO PARA TRABAJADORES

Nombre:	Apellidos:	NIF:
*Denominación social de la empresa u organización:		Nombre comercial:
Dirección autónomo/empresa (si es distinta del domicilio del emprendedor):		*NIF empresa:
Dirección del centro de Trabajo:		Teléfono/s empresa:
		e-mail empresa:
		@

*FORMA JURÍDICA ACTUAL/PREVISTA		*TAMAÑO EMPRESA	
SA	<input type="checkbox"/>	Sin trabajadores	<input type="checkbox"/>
SL	<input type="checkbox"/>	< de 10 trabajadores	<input type="checkbox"/>
Cooperativa/Sociedad Laboral (L/A)	<input type="checkbox"/>	11 - 50 trabajadores	<input type="checkbox"/>
Comunidad de Bienes/Sociedad Civil	<input type="checkbox"/>	51 - 250 trabajadores	<input type="checkbox"/>
Autónomo o Profesional con asalariados	<input type="checkbox"/>	> 250 trabajadores	<input type="checkbox"/>
Autónomo o Profesional sin asalariados	<input type="checkbox"/>		
*SECTOR AL QUE PERTENECE			
Agricultura	<input type="checkbox"/>	Fecha prevista de alta	<input type="checkbox"/>
Industria	<input type="checkbox"/>	(____/____/____)	
Construcción	<input type="checkbox"/>		
Comercio	<input type="checkbox"/>	Fecha de alta	<input type="checkbox"/>
Servicios	<input type="checkbox"/>	(____/____/____)	

Melilla, a _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____



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: ☐

Nº 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: ☐

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.: ☐ TARJETA DE EXTRANJERO: ☐ PASAPORTE: ☐

Nº 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: ☐

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")

☐ - 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