

# Cursos Subvencionats! Formació Transversal

Per a treballadors en RÈGIM GENERAL i AUTÒNOMS...  
( sense cap cost per a l'empresa ni pel treballador! )



## ✓ Eines de coaching

Durada: 30 h.

Horari: Opció a) Inici: 13/06/18 - Dimecres de 16:30 a 19:00 h

Opció b) Inici: 15/06/18 - Divendres de 15:30 a 18:00 h.

4 Places vacants !

## ✓ Mindfulness

Durada: 30 h.

Horari: Inici: 14/06/18 - Dijous de 16:30 a 19:00 h.

3 Places vacants !



## ✓ Carnet: operació de carretons Norma UNE 58451

Durada: 24 h.

Horari: Opció a) Inici: 04/06/18 - Dilluns de 09:00 a 13:00 h.

Opció b) Inici: 14/06/18 - Dimarts i dijous de 18:00 a 21:00 h.

1 Plaça vacant !



Es reservarà plaça per ordre de rebuda de tota la documentació \* i fins el total de places destinades a cada acció formativa.

\* **Documentació:**

- Annex 1. Sol·licitud de participació en una acció formativa (Doc. Adjunt) Emplenar en boli blau.
- Fotocòpia del DNI.
- Fotocòpia de l'encapçalament de la Nòmina o rebut d'Autònom del mes anterior a l'inici del curs.



## Annex 1. Sol·licitud de participació en una acció formativa<sup>1</sup>

Nom de l'entitat sol·licitant: **CENTRE INTERNACIONAL DE FORMACIÓ EMPRESARIAL I TECNOLÒGICA** Núm. d'expedient: **PT20170022**  
Denominació de l'acció formativa: \_\_\_\_\_ Núm. de l'acció formativa: \_\_\_\_\_

### Dades del treballador/a participant

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
Data de naixement: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ NASS: \_\_\_\_\_ Discapacitat:  Sí<sup>2</sup>  No  
Adreça: \_\_\_\_\_ Codi Postal: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_  
Comarca: \_\_\_\_\_ Telèfon: \_\_\_\_\_ Telèfon mòbil: \_\_\_\_\_  
Correu electrònic: \_\_\_\_\_  
Interès a participar a l'acció formativa: \_\_\_\_\_

### Formació acadèmica

Estudis

<input type="checkbox"/> Sense titulació	<input type="checkbox"/> Títol de tècnic/a Superior / FP grau superior / Cert. de Prof.* Nivell 3
<input type="checkbox"/> Títol de graduat ESO / graduat escolar	<input type="checkbox"/> Estudis universitaris de 1r Cicle (diplomatura-grau)
<input type="checkbox"/> Títol de batxillerat	<input type="checkbox"/> Estudis universitaris de 2n Cicle (llicenciatura-màster)
<input type="checkbox"/> Títol de FP bàsica / Cert. de Prof.* Nivell 1	<input type="checkbox"/> Altra titulació. <i>Especificar</i> :.....
<input type="checkbox"/> Títol de tècnic/a / FP grau mitjà / Cert. de Prof.* Nivell 2	

\*Cert. de Prof.: *Certificat de Professionalitat*

Area funcional (només ocupats/ades)	Categoria (només ocupats/ades)
<input type="checkbox"/> Direcció	<input type="checkbox"/> Directiu/iva
<input type="checkbox"/> Administració	<input type="checkbox"/> Comandament intermedi
<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Tècnic/a
<input type="checkbox"/> Manteniment	<input type="checkbox"/> Treballador/a qualificat/ada
<input type="checkbox"/> Producció	<input type="checkbox"/> Treballador/a de baixa qualificació <sup>3</sup>

Col·lectiu:  Ocupat/ada. Consigneu-hi codi<sup>4</sup>   Desocupat/ada  Situació de cuidador/a no professional (CPN)

### Entitat o empresa on treballeu actualment (només ocupats/ades)

Empresa amb més de 250 treballadors/ores: Sí  No

Raó social: \_\_\_\_\_  
Sector: \_\_\_\_\_ Conveni de referència: \_\_\_\_\_  
CIF: \_\_\_\_\_ Núm. d'inscripció a la Seguretat Social: \_\_\_\_\_ Nre. de treballadors: \_\_\_\_\_  
Adreça del centre de treball: \_\_\_\_\_  
Codi Postal: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_ Comarca: \_\_\_\_\_

Signatura del/de la treballador/a: \_\_\_\_\_

### Lloc i data:

**Protecció de dades:** als efectes previstos a l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i el seu Reglament de desplegament, aprovat pel Reial decret 1720/2007, de 21 de desembre, s'informa a la persona interessada que les dades personals consignades en aquest document s'incorporaran al fitxer automatitzat del Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya, "Contractes programa i Convenis per a la Formació Contínua", amb la finalitat de gestionar i tractar les dades corresponents. Així mateix, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició d'aquestes dades personals, en els termes previstos a la legislació vigent, mitjançant comunicació escrita, presentada a Administració i Serveis Generals del Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya, carrer Llull, 297-307, 08019 Barcelona.

- Als efectes del que disposa la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i altra normativa de desplegament, s'autoritza al Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya perquè utilitzi les dades personals contingudes en aquest document, i el seu tractament informàtic, per a la gestió de la sol·licitud, als efectes de seguiment, control i avaluació de la formació rebuda. Es obligatori facilitar les dades d'aquest qüestionari per poder participar en les accions formatives sol·licitades.
- Autoritzo al Consorci per a la Formació Contínua de Catalunya a verificar el grau de discapacitat mitjançant el certificat que el Departament d'Acció Social i Ciutadania emet a través de l'aplicació informàtica PICA.
- Treballadors/ores inclosos/es en els grups de cotització de la Seguretat Social: 6, 7, 9 i 10, o nivell d'estudis igual o inferior a ESO per a treballadors/ores desocupats/ades.
- Consigneu-ne el codi d'acord amb la relació següent:

RG Règim general	EH Treballadors/ores de la llar
FD Fixos discontinus en períodes de no-ocupació	DF Treballadors/ores que accedeixen a l'atur durant el període formatiu
RE Regulació d'ocupació en períodes de no-ocupació	RLE Treballadors/ores amb relacions laborals de caràcter especial (regulades per l'article 2 de l'Estatut dels treballadors)
AGP Règim especial agrari per compte pròpia	CESS Treballadors/ores amb conveni especial amb la Seguretat Social
AGA Règim especial agrari per compte d'altri	AP Administració pública
AU Règim especial d'autònoms	FDI Treballadors/ores a temps parcial de caràcter indefinit (amb feina discontinua) i en els períodes de no-ocupació
TM Treballadors/ores inclosos/es al règim especial del mar	
CP Mutualistes de Col·legis Professionals no inclosos com autònoms	



Generalitat de Catalunya  
**Consorti per a la Formació Contínua  
de Catalunya**



Declaro que he estat informat per part de l'entitat de que el curs per al qual sol·licito la inscripció forma part dels programes de formació professional per a l'ocupació adreçats prioritàriament a persones treballadores ocupades, subvencionats pel Consorci per a la Formació de Catalunya.

Signatura del/de la treballador/a

Lloc i data: