

FICHA ALUMNO

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

Curso solicitado (en su caso) CÓDIGO

Este código lo rellenamos en el centro  
No hace falta ponerlo

Denominación:

IMPORTANTE: Escribir el nombre del curso

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\*:

Rellenar en mayúsculas. Por favor muy importante el TELEFONO

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

**IMPORTANTE:** Debe aportar fotocopia de los estudios declarados para que poder darle la puntuación correcta en la baremación.

### 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.: \_\_\_\_\_

<b>Horas OP</b>	
<b>Horas BAE</b>	
<b>Horas OA</b>	
<b>TOTAL HORAS</b>	

FIRMA ORIENTADOR: \_\_\_\_\_



T.5

Registro de presentación

Registro de entrada

**IMPORTANTE: Rellenar en mayúsculas**

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

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: **PROYECTO MELILLA, S.A.** CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN: **52000644892** CÓDIGO IDENTIFICACIÓN FISCAL: **A-29951753**

TIPO DE VÍA: **CALLE** NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA: **LA DALIA** BLOQUE: \_\_\_\_\_ NÚM.: **36** BIS: \_\_\_\_\_ ESCAL.: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ PUERTA: \_\_\_\_\_ C.POSTAL: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO: **MELILLA** PROVINCIA: **MELILLA** TELÉFONO: **952679804**

REPRESENTANTE: PRIMER APELLIDO: **GORGE** SEGUNDO APELLIDO: **LUCIAÑEZ** NOMBRE: **CAROLINA**

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO (Marque con una "X" lo que proceda):  
 D.N.I.:  TARJETA DE EXTRANJERO:  PASAPORTE:

Nº DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: **45271193-V** NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: **280398942402**

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 BASES DE COTIZACIÓN DE TRABAJADOR/A.
- INFORME SOBRE SITUACIÓN RESPECTO DEL INGRESO DE CUOTAS.
- OTRA INFORMACIÓN: **INFORME DE SITUACION ACTUAL Firmar solo en esta casilla**
- INFORME DE VIDA LABORAL DE TRABAJADOR/A.
- INFORME DE VIDA LABORAL DE EMPRESA.

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 e 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)