

CÓMO MATRICULARSE EN LOS CURSOS DE LA CONVOCATORIA 2011

Para poder realizar la Matriculación, imprima los documentos que se generarán al pinchar en los Links, rellénelos en el ordenador y firmelos con **bolígrafo azul** y remítelos junto con los documentos que a continuación se detallan.

- 1.- **ANEXO** Rellénelo en el ordenador con **Mayúsculas**, imprímalo y **(Fírmelo con bolígrafo azul)**
 - El N° de Afiliación a la Seguridad consta de **12 dígitos (Tarjeta Sanitaria)**
 - En el apartado COLECTIVO debe marcar la casilla correspondiente a OCUPADO y en Consignar Código (1): debe poner **AU** si es Autónomo o **RG** si está en el Régimen General.
 - En el apartado ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE en Razón Social: debe poner el **nombre del Titular** de la Administración de Loterías o el **nombre de la Empresa** según corresponda.
 - **Una vez cumplimentados correctamente, debe imprimir los Anexos y Firmarlos con bolígrafo azul (con la misma firma que en el DNI) al final de cada Anexo**

- 2.- **AUTORIZACIÓN** para solicitar a la **Tesorería General de la Seguridad Social**, su situación laboral al comienzo de cada curso. **(Rellénela y firmela)**

- 3.- **FOTOCOPIA DNI/NIE** (en su defecto, permiso de conducir o pasaporte) por ambas caras **(Legible)**

- 4.- **ACREDITACIÓN DE PERTENECER AL SECTOR:**
 - 4.1- **PARA TITULARES de la Administración:** Fotocopia de la CREDENCIAL de la Administración, TARJETA IDENTIFICATIVA de Loterías y Apuestas del Estado o Pegatina de la Administración.
 - 4.3- **PARA TRABAJADORES Régimen General ó Autónomos:** Fotocopia del Contrato o de la última nómina **(Sellada con el Sello de la Administración)**
 - 4.2- **PARA DESEMPLEADOS:** Fotocopia de la demanda de empleo

- 5.- **En caso de discapacidad, documento que lo acredite**

Toda la Documentación debe ser remitida en 1 sólo sobre por Correo Postal a:

INSTITUTOPAL/ IQ
C/ Tomás Bretón 50
28045 Madrid
Teléfono 91 468 19 02

Deberás remitirnos un Anexo cumplimentado y firmado por cada uno de los cursos que quiera realizar.

NOTA ACLARATORIA *IMPORTANTE**

- El envío de la documentación requerida, no otorga derecho a participar en el curso gratuito; es necesario que el participante reciba confirmación de haber sido seleccionado para realizar dicho curso
- Todas las Fotocopias deben ser legibles y sin tachones
- Uno de los criterios de la selección, será el orden de entrada de la documentación, siempre y cuando este correctamente.



Fundación Tripartita
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO



ANEXO I

Solicitud de Participación

Nº. de Expediente _____

Entidad solicitante del Plan de Formación: _____

Acción Formativa (denominación y número): _____

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA / PARTICIPANTE			
1º. Apellido: _____		2º. Apellido: _____	
Nombre: _____		Dirección _____	
Localidad _____		CP _____	
Tfno.: _____		Email: _____	
NIF: _____		Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____	
Fecha de nacimiento: ____-____-____		Género: _____	
Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Sin titulación	<input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar)	
	<input type="checkbox"/> ESO / Graduado Escolar	<input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1º. ciclo)	
	<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2º. Ciclo)	
	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI	<input type="checkbox"/> Doctor	
	<input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII		
AREA FUNCIONAL (sólo ocupados)	<input type="checkbox"/> Dirección	CATEGORIA	<input type="checkbox"/> Directivo
	<input type="checkbox"/> Administración		<input type="checkbox"/> Mando Intermedio
	<input type="checkbox"/> Comercial		<input type="checkbox"/> Técnico
	<input type="checkbox"/> Mantenimiento		<input type="checkbox"/> Trabajador cualificado
	<input type="checkbox"/> Producción		<input type="checkbox"/> Trabajador de baja Cualificación (*)
(*) Grupos de cotización 6, 7, 9, 10 de la última ocupación o nivel de estudios igual o inferior a ESO para trabajadores no ocupados.			
COLECTIVO:			
<input type="checkbox"/> Ocupado. Consignar Código (1): _____			
<input type="checkbox"/> Desempleado (DSP)			
<input type="checkbox"/> Situación de cuidador no profesional (CPN)			

ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE	
Empresa con más de 250 trabajadores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SECTOR/CONVENIO _____
Razón Social: _____	C. I. F. _____
Domicilio del Centro de Trabajo: _____	
Localidad _____	C.P. _____

El abajo firmante declara que los datos expresados se corresponden con la realidad y que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa de igual contenido a la solicitada.

Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa, para (I) la gestión, financiación, control, seguimiento y evaluación de la acción formativa por el Servicio Público de Empleo Estatal sito actualmente en la calle Condesa de Venadito nº 9 (28027-Madrid), directamente, a través de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que intervengan por cuenta del mencionado organismo o entidad en alguna de las citadas actividades; (II) la cesión a los beneficiarios de las subvenciones para la ejecución de las acciones complementarias que el Servicio Público de Empleo Estatal convoque y conceda al amparo de lo previsto en el capítulo III del Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, a los únicos efectos de que estos beneficiarios puedan llevar a cabo tales acciones complementarias sin quedar facultados por ello a realizar ningún tipo de comunicación o revelación de tales datos personales a ningún tercero, y debiendo destruirlos una vez finalizada la acción complementaria de que se trate; y (III) la comunicación a las Administraciones Públicas correspondientes de las instituciones comunitarias, con motivo del cumplimiento de las obligaciones legales impuestas por la normativa administrativa y comunitaria, para la gestión de convocatorias de subvenciones públicas realizada en el marco de las iniciativas de formación.

Los datos personales a que se refiere el párrafo anterior serán incorporados a un fichero titularidad del Servicio Público de Empleo Estatal debidamente inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos. El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable el Servicio Público de Empleo Estatal ante la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, dirigiéndose por escrito a ésta última en su sede social, sita en la calle Torrelaguna, 56, 28027 Madrid, en los términos de la normativa vigente.

Fecha: _____ Firma del/de la Trabajador/a

(1) Relación de Códigos: RG régimen general, FD fijos discontinuos en periodos de no ocupación, RE regulación de empleo en periodos de no ocupación, AGP régimen especial agrario por cuenta propia, AGA régimen especial agrario por cuenta ajena, AU régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que accedan al desempleo durante el periodo formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social, FDI trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (contrabajos discontinuos) en sus periodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CP mutualistas de Colegios Profesionales no incluidos como autónomos.

CONVENIOS PLANES DE FORMACIÓN 2011

Yo D/D^a. , con DNI nº

Como alumno/a de la Formación específica para el Sector de Administraciones de Loterías, aprobada con el Servicio Público de Empleo Estatal, Convocatoria 2011

Autorizo a **INFORMATICAQ / INSTITUTO Q** con CIF: **B - 78795499** a solicitar en mi nombre a la **Tesorería General de la Seguridad Social**, mi situación laboral para las todas las acciones formativas en la que participe.

Y para que así conste, firmo la presente en a ... de de 2011

Fdo.