Entidad organizadora del Plan agrupado: RODOIA

Acción Formativa:

Comente su interés en la participación en la acción formativa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PARTICIPANTE**  Apellidos y Nombre:  Dirección: CP: Teléfono:  NIF:  Fecha de nacimiento: Sexo: Discapacidad: ❏ SI NO  email:  Situación laboral: ❏trabajador/ra en desempleo ❏ trabajador/ra en activo | | | |
| ESTUDIOS | | ❏ Sin estudios  ❏ Estudios primarios  ❏ Graduado escolar  ❏ ESO  ❏ FPI  TITULACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❏ FPII/Ciclo Grado Medio  ❏ Ciclo Grado Superior  ❏ BUP/COU Bachillerato  ❏ Diplomatura  ❏ Licenciatura |
| Si ahora está estudiando, indique qué estudios realiza |  |  |  |
| Otra formación relacionada con el curso (nombre, horas, año) |  |  |  |
| Experiencia laboral relacionada con el curso (empresa, puesto, periodo) |  |  |  |
| Otros datos |  |  |  |

Fecha: Firma del PARTICIPANTE