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 NOemail: Situación laboral: ❏trabajador/ra en desempleo ❏ trabajador/ra en activo |
| ESTUDIOS | ❏ Sin estudios❏ Estudios primarios❏ Graduado escolar❏ ESO❏ FPITITULACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ❏ 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