

SOLICITUD DE ADMISIÓN CURSO
“TELEMARKETING Y EXCELENCIA TELEFÓNICA”
(Plazo para presentar la solicitud del 27 de diciembre de 2016 al 10 de enero de 2017)

DATOS PERSONALES
NOMBRE Y APELLIDOS: _____
DNI: _____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____
DOMICILIO: _____ Nº: _____ PISO/PUERTA: _____
CÓDIGO POSTAL: _____ MUNICIPIO: _____
TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
MESES INSCRITO COMO DEMANDANTE DE EMPLEO DE FORMA ININTERRUMPIDA : _____
FECHA DE INSCRIPCIÓN COMO DEMANDANTE EMPLEO: ____/____/____.
PERSONA DISCAPACITADA: SI _____ NO _____. EN SU CASO, GRADO DE DISCAPACIDAD: _____
NIVEL EDUCATIVO MÁXIMO: _____ AÑO FINALIZACIÓN: _____
Nº HORAS DE CURSOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN SOLICITADA: _____
Nº HORAS DE CURSOS DE INFORMÁTICA: _____
MESES DE EXPERIENCIA LABORAL: JORNADA COMPLETA _____ JORNADA PARCIAL _____

EXPONE que cumpla con todos los requisitos para participar en el curso.

SOLICITA la participación en el plan de formación para el empleo del Cabildo, en el curso denominado “**TELEMARKETING Y EXCELENCIA TELEFÓNICA**” y declaro que los datos expresados se corresponden con la realidad.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

- Currículum vitae.
- Fotocopia compulsada de la titulación académica.
- Fotocopias compulsadas de los cursos relacionados con la formación solicitada, cursos de informática y contratos laborales acreditativos de la experiencia laboral relacionada con el curso.
- Fotocopia de la tarjeta de demandante de empleo (DARDE).

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos solicitados y/o recogidos a los ciudadanos serán incorporados a un fichero titularidad del Excmo. Cabildo Insular de La Palma, para los usos y finalidades previstos en la ley y para la información de acciones formativas. Asimismo, se informa que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiendo la pertinente solicitud escrita acompañada de copia de documento acreditativo de su identidad (DNI/NIF o pasaporte), a la Oficina de Atención al Ciudadano del Cabildo de La Palma, ubicada en la Avda. Marítima, nº 3, de S/C de La Palma.

En _____, a _____ de _____ de 201__

Ei/La Solicitante

Fdo: _____

SR. CONSEJERO INSULAR DEL ÁREA DE EMPLEO