

Fecha solicitud: _____

HOJA DE TOMA DE DATOS

IDENTIFICACIÓN			
Apellidos			
Nombre			
N.I.F o N° Tarj. Residencia	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
Dirección: C/ _____, nº _____, Piso _____ Localidad: _____ Provincia _____ C. P. _____ Teléfono: _____ / _____ E-mail: _____			
FORMACIÓN			
FORMACIÓN REGLADA	FORMACIÓN OCUPACIONAL	TITULACIONES Y/O CURSOS F.P.O	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
EXPERIENCIA PROFESIONAL			
Puesto	Nivel Profesional	Años	Tipo de Empresa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
SITUACIÓN LABORAL			
TRABAJADOR/A POR CUENTA AJENA: <input type="checkbox"/>			
TRABAJADOR/A POR CUENTA PROPIA: <input type="checkbox"/>			
EN DESEMPLEO: <input type="checkbox"/>			
ITINERARIO FORMATIVO SELECCIONADO			
- COMMUNITY MANAGER (450 horas) <input type="checkbox"/>			
- ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES SOCIALES (450 horas) <input type="checkbox"/>			
COLECTIVO ESPECIAL			
Discapacitado/a <input type="checkbox"/>	Físico/a <input type="checkbox"/>	Psíquico/a <input type="checkbox"/>	
No pertenece a Colectivo Especial <input type="checkbox"/>			

Fecha y Firma: