

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CURSO

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O CON DISCAPACIDAD EN EL DOMICILIO					
DATOS PERSONALES					
APELLIDOS Y NOMBRE					
DNI					
DOMICILIO		C.P			
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		MUJER	HOMBRE
E- MAIL		TELÉFONO/S			
FORMACIÓN ACÁDEMICA (Marque el nivel académico máximo que posee actualmente)					
Sin estudios	Grado medio/Formación Profesional de 1º Grado		Titulación universitaria de Grado Medio		
Certificado de Escolaridad					
Graduado Escolar	Grado superior/Formación Profesional de 2º Grado		Titulación universitaria de Grado Superior		
ESO/ESA o equivalente			Doctorado		
Especificar titulación y/o especialidad				Año	
FORMACIÓN COMPLEMENTARIA					
Nombre del curso		Duración (Horas)	Entidad de realización		Año
EXPERIENCIA LABORAL					
Ocupación/Actividad realizada		Tiempo (meses)	Fecha de Finalización	Sector-Actividad y Nombre de la Empresa	
SITUACIÓN LABORAL					
Especifique el tiempo que lleva inscrito en la oficina de empleo :					
Entre 0-6 meses		Entre 6 meses- 1 año		Más de 2 años	

Fecha y firma: _____
 (*Aportar DNI, CV y Tarjeta de Demanda de Empleo)