

PLAN AGENCIAS DE VIAJES

| Nº | DENOMINACION | HORAS | MODALIDAD |
|-----|----------------------------------|-------|------------|
| 2 | GESTION DE DESTINOS TURISTICOS | 50 | PRESENCIAL |
| 3 | MARKETING TURISTICO | 20 | PRESENCIAL |
| 4 | SAVIA AMADEUS. PROGRAMA COMPLETO | 150 | PRESENCIAL |
| 105 | AMADEUS | 100 | MIXTA |

PLAN AMBULANCIAS

| Nº | DENOMINACION | HORAS | MODALIDAD |
|----|---|-------|------------|
| 9 | ASISTENCIA SANITARIA EN CATÁSTROFES | 50 | PRESENCIAL |
| 35 | HIGIENE POSTURAL Y MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS | 35 | PRESENCIAL |

PLAN TELECOMUNICACIONES

| Nº | DENOMINACION | HORAS | MODALIDAD |
|----|---|-------|------------|
| 40 | IPV6 ROUTING PROTOCOLS | 10 H. | PRESENCIAL |
| 48 | BASE DATOS: SQL (ORACLE) SQL-PL/SQL | 30 H. | PRESENCIAL |
| 49 | ADMN. DE SISTEMAS DE BASES DATOS | 40 H. | PRESENCIAL |
| 50 | CISCO: SOLUCION IBERCOM IP (PLATAFORMA CISCO) | 42 H. | PRESENCIAL |
| 51 | REDES PRIVADAS VIRTUALES | 15 H. | PRESENCIAL |
| 57 | REDES IPV6 | 48 H. | PRESENCIAL |
| 59 | INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE ORDENADORES | 30 H. | PRESENCIAL |
| 60 | REDES DE COMUNICACION DE DATOS | 60 H. | PRESENCIAL |
| 40 | IPV6 ROUTING PROTOCOLS | 10 H. | PRESENCIAL |

Las Acciones Formativas presentadas van destinadas exclusivamente a los trabajadores incluidos en el Sector de Agencias de Viajes, Ambulancias o en el Sector de Telecomunicaciones respectivamente.

Debes rellenar la solicitud de inscripción (ver el reverso) cumplimentando todos los datos y firmando la solicitud de inscripción. No serán válidas solicitudes que no cumplan estos requisitos.

Rellena, imprime, firma y envía por fax o escaneada tu solicitud a la Secretaría de Formación y Empleo de TCM UGT-Madrid :

FAX

915897405

Correo Electrónico

formacionyempleo.madrid@tcmugt.es
jesus.perezcorpa@tcmugt.es

Con la solicitud debes incluir fotocopia del DNI, cartilla de la Seguridad Social y cabecera de la nómina.

Si tienes cualquier duda puedes contactar con nosotros en

TCM UGT-Madrid
Secretaría de Formación y Empleo
 Avda. de América, nº 25 7ª Planta
 28002 Madrid
 Tel.: 913879219 - 915897404

ANEXO I

Solicitud de Participación

Nº. de Expediente _____

Entidad solicitante del Plan de Formación: _____

Acción Formativa (denominación y número): _____

| | | |
|---|--|---|
| DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA / PARTICIPANTE | | |
| 1 ^{er} . Apellido: _____ | 2 ^o . Apellido: _____ | Nombre: _____ |
| Dirección _____ | | Localidad _____ CP _____ |
| Tfno.: _____ | Email: _____ | NIF: _____ |
| Nº. de afiliación a la Seguridad Social: ____/____ | | |
| Fecha de nacimiento: ____-____-____ | Género: _____ | Discapacidad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> Sin titulación <input type="checkbox"/> ESO / Graduado Escolar <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico FP grado medio/FPI <input type="checkbox"/> Técnico FP grado superior/FPII | <input type="checkbox"/> Otra titulación (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Diplomado (E. Universitaria 1 ^{er} . ciclo) <input type="checkbox"/> Licenciado (E. Universitaria 2 ^o . Ciclo) <input type="checkbox"/> Doctor |
| AREA FUNCIONAL (sólo ocupados) | <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Producción | CATEGORIA <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Mando Intermedio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Trabajador cualificado <input type="checkbox"/> Trabajador de baja Cualificación (*) |
| (*) Grupos de cotización 6, 7, 9, 10 de la última ocupación o nivel de estudios igual o inferior a ESO para trabajadores no ocupados. | | |
| COLECTIVO: | | |
| <input type="checkbox"/> Ocupado. Consignar Código (1): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Desempleado (DSP) | | |
| <input type="checkbox"/> Situación de cuidador no profesional (CPN) | | |

| | |
|---|-----------------------|
| ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE | |
| Empresa con más de 250 trabajadores SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SECTOR/CONVENIO _____ |
| Razón Social: _____ | |
| C. I. F. _____ | |
| Domicilio del Centro de Trabajo: _____ | |
| Localidad _____ | C.P. _____ |

El abajo firmante declara que los datos expresados se corresponden con la realidad y que, en el ámbito de la presente Convocatoria, no participa en otra acción formativa de igual contenido a la solicitada.

Asimismo, a los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el abajo firmante autoriza el tratamiento de los datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos normalizados relativos a la acción formativa, para (I) la gestión, financiación, control, seguimiento y evaluación de la acción formativa por el Servicio Público de Empleo Estatal sito actualmente en la calle Condesa de Venadito nº 9 (28027-Madrid), directamente, a través de la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo o de cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que intervengan por cuenta del mencionado organismo o entidad en alguna de las citadas actividades; (II) la cesión a los beneficiarios de las subvenciones para la ejecución de las acciones complementarias que el Servicio Público de Empleo Estatal convoque y conceda al amparo de lo previsto en el capítulo III del Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, a los únicos efectos de que estos beneficiarios puedan llevar a cabo tales acciones complementarias sin quedar facultados por ello a realizar ningún tipo de comunicación o revelación de tales datos personales a ningún tercero, y debiendo destruirlos una vez finalizada la acción complementaria de que se trate; y (III) la comunicación a las Administraciones Públicas correspondientes de las instituciones comunitarias, con motivo del cumplimiento de las obligaciones legales impuestas por la normativa administrativa y comunitaria, para la gestión de convocatorias de subvenciones públicas realizada en el marco de las iniciativas de formación.

Los datos personales a que se refiere el párrafo anterior serán incorporados a un fichero titularidad del Servicio Público de Empleo Estatal debidamente inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos. El abajo firmante podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento del que es responsable el Servicio Público de Empleo Estatal ante la Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo, dirigiéndose por escrito a ésta última en su sede social, sita en la calle Torrelaguna, 56, 28027 Madrid), en los términos de la normativa vigente.

Fecha: _____ Firma del/de la Trabajador/a

C
O
N
V
E
N
I
O
S

P
I
A
N
E
S

d
e

F
O
R
M
A
C
I
Ó
N

2
0
1
1

(1) Relación de Códigos: RG régimen general, FD fijos discontinuos en períodos de no ocupación, RE regulación de empleo en períodos de no ocupación, AGP régimen especial agrario por cuenta propia, AGA régimen especial agrario por cuenta ajena, AU régimen especial autónomos, AP administración pública, EH empleado hogar, DF trabajadores que accedan al desempleo durante el período formativo, RLE trabajadores con relaciones laborales de carácter especial que se recogen en el art. 2 del Estatuto de los Trabajadores, CESS trabajadores con convenio especial con la Seguridad Social, FDI trabajadores a tiempo parcial de carácter indefinido (contrabajos discontinuos) en sus periodos de no ocupación, TM trabajadores incluidos en el régimen especial del mar, CP mutualistas de Colegios Profesionales no incluidos como autónomos.