

CURSO ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES SOCIALES (CERTIF. PROFESIONALIDAD)

POISES – Programación anual 2020

SOLICITUD

1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ APELLIDOS _____ DNI _____

SEXO: H ___ / M ___ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / 19___ NACIONALIDAD _____

DIRECCIÓN: calle _____ nº _____ piso _____ Código Postal _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

TELÉFONO (927) _____ Tfno. Móvil _____ ESTADO CIVIL _____

SITUACIÓN FAMILIAR:

A. Sin Hijos B.- Nº de hijos a cargo _____ Edad _____

2.- DATOS FORMATIVOS

2.1.- FORMACIÓN REGLADA FINALIZADA: Certificado EGB/ESO FP/Ciclos Formativo Otros _____

2.2. FORMACIÓN NO REGLADA:

- ¿Realizó algún curso relacionado con esta especialidad? _____, Número de horas _____ h.

2.3. Motivos por los que quiere realizar el curso:

3.- OBSERVACIONES

4.- ENTREGAR EN EL C.I.E. (Ctra. Circunvalación Sur, Km 2) La siguiente documentación COMPULSADA: (marcar los cuadros)

Solicitud Fotocopia del DNI Fotocopia de la Demanda de Empleo Fotocopia Titulación Académica

En _____, a _____ de _____ del 2020

Firma

CARITAS DIOCESANA DE PLASENCIA. POISES 2014-2020-2ª Convocatoria.