

## CURSO: "ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES SOCIALES"

### **FSE+ de Inclusión Social, Garantía Infantil y Lucha contra la Pobreza**

Cofinanciado por FSE+ (CCI - 2021ES05SFPR003)

## **SOLICITUD**

### **1.- DATOS PERSONALES**

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

SEXO: H \_\_\_\_ / M \_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

C. - Perceptor/a de Renta o Prestación (SI/NO) \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### **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.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA (Son de carácter obligatorio) (marcar los cuadros)**

☐ Solicitud ☐ DNI (**ACREDITAR**) ☐ Fotocopia de la Demanda de Empleo ☐ Fotocopia Titulación Académica

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

*Firma*

**CARITAS DIOCESANA DE PLASENCIA.**