M10. Solicitud de participación

***A rellenar por la entidad beneficiaria:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Entidad beneficiaria:** | Universidad de Burgos |
| **Dirección:** | Hospital del Rey s/n – 09001 Burgos |
| **Teléfono:** | 947258700 | **Mail:** | info@ubu.es |

***A rellenar por la persona participante:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de la solicitud:** |  |
| **Nombre y apellidos:** |  |
| **DNI/ pasaporte/ otro:** |  |
| **Fecha nacimiento:** |  |
| **Domicilio:** |  |
| **Localidad:** |  |
| **CCAA:** |  | **Provincia:** |  |
| **Teléfono:** |  | **Mail:** |  |
| **Acción/es para la/s que se presenta la solicitud (por orden de preferencia)** |  |

**Datos laborales y académicos:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Situación laboral:*** Trabajador/a por cuenta ajena.
* Trabajador/a por cuenta propia.
* Desempleado/a.
* Desempleado/a de larga duración (inscrito/a en el paro durante doce meses no habiendo trabajado en dicho período de tiempo).
 | **Datos académicos:*** Educación primaria o primer ciclo de enseñanza secundaria (hasta 4º ESO).
* Segundo ciclo de enseñanza secundaria (bachillerato, FP básica y FP grados medios).
* Enseñanza postsecundaria no terciaria.
* Educación superior (grados, máster, ciclos

formativos de grado superior). |

Marque con una “X” la/s casillas correspondientes en caso de pertenecer a uno o varios de los siguientes colectivos.

|  |  |
| --- | --- |
| **COLECTIVOS PRIORITARIOS** | □ Mujer. |
| **OTROS COLECTIVOS PRIORITARIOS** | * Joven hasta 35 años.
* Mayor de 45 años.
* Inmigrante.
 |

“He sido informado/a de que los datos que facilito serán incluidos en un fichero responsabilidad de (la entidad beneficiaria) con la finalidad de controlar el desarrollo de las acciones cofinanciadas por FSE y manifiesto mi consentimiento. Asimismo, autorizo la comunicación de mis datos a la Comisión Europea así como a la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo con la finalidad de realizar el control de las acciones cofinanciadas. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo a (la entidad beneficiaria), a través de .”

* Persona con discapacidad*.*
* Residente en áreas protegidas y/o zonas rurales3*.*

# Firma del/la participante: