

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Dirección General de Formación Profesional Inicial y Educación Permanente

CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO

Dirección General de Formación Profesional para el Empleo

Unión Europea



Fondo Social Europeo

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA CONVOCATORIA GENERAL O ESPECÍFICA DE PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA LABORAL O DE VÍAS NO FORMALES DE FORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA, REGULADO POR EL REAL DECRETO 1224/2009, DE 17 DE JULIO



de _____ de _____ de _____ (BOJA nº _____ de fecha _____)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (Cumplimentar todos los datos de esta solicitud con letra mayúscula)					
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO:	HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>	
Nº D.N.I./N.I.E./PASAPORTE:	NACIONALIDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:		
DOMICILIO:					
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:				
KM. VÍA:	NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	PAIS:	C. POSTAL:	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			

2 NIVEL DE ESTUDIOS FINALIZADOS
<input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> FP. GRADO MEDIO <input type="checkbox"/> FP. GRADO SUPERIOR <input type="checkbox"/> ESTUDIOS UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/> CUALIFICACIÓN PROFESIONAL <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD

3 PARTICIPACIÓN POR EL CUPO RESERVADO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DECLARACIÓN.
<input type="checkbox"/> La persona SOLICITA su participación en el procedimiento de evaluación y acreditación de competencias por el cupo del 5% de plazas reservadas para personas discapacitadas y DECLARA tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Deberá aportar certificación acreditativa del grado de discapacidad emitida por el órgano competente de la administración pública.

4 PARTICIPACIÓN POR LA VÍA PREFERENTE DE UNIDAD/ES DE COMPETENCIA PENDIENTE/S DE ACREDITAR						
<input type="checkbox"/> Acceso al procedimiento de evaluación y acreditación de competencias para las personas que acreditaron alguna/s Unidad/es de Competencia (UC) en convocatorias anteriores, de las cualificaciones que se ofertan en la presente convocatoria, y tiene pendiente de acreditar alguna/s otra/s UC de la misma cualificación. Si solicita participar por esta vía, ya no podrá solicitar el acceso por la vía general de participación. Indicar el año de la Convocatoria por la que participó, código y denominación de la Cualificación Profesional de la que tiene UC pendiente y por la que desea participar en la presente convocatoria. Sólo se podrá solicitar la participación por una Cualificación Profesional. Únicamente se podrá optar por esta vía si la cualificación de la que tiene alguna/s UC pendiente de acreditar aparece en el listado de cualificaciones ofertadas en esta convocatoria.						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AÑO DE LA CONVOCATORIA DEL "ACREDITA"</th> <th>CÓDIGO DE LA CUALIFICACIÓN</th> <th>NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	AÑO DE LA CONVOCATORIA DEL "ACREDITA"	CÓDIGO DE LA CUALIFICACIÓN	NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN			
AÑO DE LA CONVOCATORIA DEL "ACREDITA"	CÓDIGO DE LA CUALIFICACIÓN	NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN				

5 PARTICIPACIÓN POR LA VÍA GENERAL
<input type="checkbox"/> Acceso por la vía general al procedimiento de evaluación y acreditación de competencias. La persona que solicite el acceso por la vía general no podrá participar por la vía preferente de Unidad/es de Competencia pendiente de acreditar de ediciones anteriores (apartado 4 del presente anexo). Se deberá indicar, por orden de preferencia , la/s Cualificación/es que solicita, la experiencia profesional y/o formación no formal que declara tener, así como los centros de referencia donde desea participar en la fase de asesoramiento y evaluación. Se podrá solicitar hasta tres Cualificaciones diferentes de las ofertadas en la presente convocatoria y sólo será admitido/a en una de las solicitadas en función de su preferencia y de la puntuación obtenida. Los apartados no cumplimentados se considerarán como no solicitados, y aquellos de valor numérico se considerarán con valor cero.



002400D



00104906



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 2 de 5)

ANEXO I

5.1 CUALIFICACIÓN 1ª	
CÓDIGO DE LA CUALIFICACIÓN	NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN
1) EXPERIENCIA PROFESIONAL relacionada con las competencias profesionales a acreditar, calculada a jornada completa.	
Nº DE AÑOS: _____ año/s El número de años no podrá ser superior a 50 años.	Nº DE MESES: _____ mes/es El número de meses no podrá ser superior a 11 meses.
Nº DE DIAS: _____ día/s El número de días no podrá ser superior a 29 días.	
2) EXPERIENCIA COMO VOLUNTARIO/A Y/O BECARIO/A , relacionada con las competencias profesionales a acreditar como persona voluntaria o becario/a.	
Nº DE AÑOS: _____ año/s El número de años no podrá ser superior a 50 años.	Nº DE HORAS CERTIFICADAS : _____ horas: Esta cifra no podrá ser superior a 400 horas por año ejercido como voluntario/a o becario/a.
3) HORAS DE FORMACIÓN NO FORMAL relacionadas con las competencias profesionales a acreditar.	
Nº de horas de formación al amparo de la administración pública (FAAP) _____ horas El número de horas de este apartado no podrá ser superior a 4.000 horas	Nº de horas de formación no al amparo de la administración pública (FNAAP) _____ horas El número de horas de este apartado no podrá ser superior a 4.000 horas
4) CENTRO DONDE SOLICITA PARTICIPAR EN LA FASE DE ASESORAMIENTO Y EVALUACIÓN:	
CÓDIGO DEL CENTRO	NOMBRE DEL CENTRO
	LOCALIDAD
	PROVINCIA

5.2 CUALIFICACIÓN 2ª	
CÓDIGO DE LA CUALIFICACIÓN	NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN
1) EXPERIENCIA PROFESIONAL relacionada con las competencias profesionales a acreditar, calculada a jornada completa.	
Nº DE AÑOS: _____ año/s El número de años no podrá ser superior a 50 años.	Nº DE MESES: _____ mes/es El número de meses no podrá ser superior a 11 meses.
Nº DE DIAS: _____ día/s El número de días no podrá ser superior a 29 días.	
2) EXPERIENCIA COMO VOLUNTARIO/A Y/O BECARIO/A , relacionada con las competencias profesionales a acreditar como persona voluntaria o becario/a.	
Nº DE AÑOS: _____ año/s El número de años no podrá ser superior a 50 años.	Nº DE HORAS CERTIFICADAS : _____ horas: Esta cifra no podrá ser superior a 400 horas por año ejercido como voluntario/a o becario/a.
3) HORAS DE FORMACIÓN NO FORMAL relacionadas con las competencias profesionales a acreditar.	
Nº de horas de formación al amparo de la administración pública (FAAP) _____ horas El número de horas de este apartado no podrá ser superior a 4.000 horas	Nº de horas de formación no al amparo de la administración pública (FNAAP) _____ horas El número de horas de este apartado no podrá ser superior a 4.000 horas
4) CENTRO DONDE SOLICITA PARTICIPAR EN LA FASE DE ASESORAMIENTO Y EVALUACIÓN:	
CÓDIGO DEL CENTRO	NOMBRE DEL CENTRO
	LOCALIDAD
	PROVINCIA

5.3 CUALIFICACIÓN 3ª	
CÓDIGO DE LA CUALIFICACIÓN	NOMBRE DE LA CUALIFICACIÓN
1) EXPERIENCIA PROFESIONAL relacionada con las competencias profesionales a acreditar, calculada a jornada completa.	
Nº DE AÑOS: _____ año/s El número de años no podrá ser superior a 50 años.	Nº DE MESES: _____ mes/es El número de meses no podrá ser superior a 11 meses.
Nº DE DIAS: _____ día/s El número de días no podrá ser superior a 29 días.	
2) EXPERIENCIA COMO VOLUNTARIO/A Y/O BECARIO/A , relacionada con las competencias profesionales a acreditar como persona voluntaria o becario/a.	
Nº DE AÑOS: _____ año/s El número de años no podrá ser superior a 50 años.	Nº DE HORAS CERTIFICADAS : _____ horas: Esta cifra no podrá ser superior a 400 horas por año ejercido como voluntario/a o becario/a.
3) HORAS DE FORMACIÓN NO FORMAL relacionadas con las competencias profesionales a acreditar.	
Nº de horas de formación al amparo de la administración pública (FAAP) _____ horas El número de horas de este apartado no podrá ser superior a 4.000 horas	Nº de horas de formación no al amparo de la administración pública (FNAAP) _____ horas El número de horas de este apartado no podrá ser superior a 4.000 horas
4) CENTRO DONDE SOLICITA PARTICIPAR EN LA FASE DE ASESORAMIENTO Y EVALUACIÓN:	
CÓDIGO DEL CENTRO	NOMBRE DEL CENTRO
	LOCALIDAD
	PROVINCIA

0024000

00104906

CÓDIGO IDENTIFICATIVO	(Página 4 de 5)	ANEXO I			
6 RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Continuación)					
6.1 AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA O DE SUS AGENCIAS					
<input type="checkbox"/> Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos* que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano instructor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren.					
	Documento	Consejería/Agencia emisora o a la que se presentó	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó*	
1					
2					
3					
4					
5					
6.2 AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES					
<input type="checkbox"/> Autorizo al órgano instructor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos disponibles en soporte electrónico:					
	Documento	Administración Pública	Fecha emisión/presentación	Órgano	Procedimiento en el que se emitió o por el que se presentó *
1					
2					
3					
4					
5					
(*) Han de tratarse de documentos correspondientes a procedimientos que hayan finalizado en los últimos cinco años.					
7 SITUACIÓN ACTUAL EN EL MERCADO LABORAL					
<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO/A <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO/A DE LARGA DURACIÓN (con un periodo de desempleo mayor a 12 meses)					
<input type="checkbox"/> EN ACTIVO <input type="checkbox"/> INACTIVO/A (No en activo y no desempleado/a, incluye estudiantes a tiempo completo)					
<input type="checkbox"/> INACTIVO/A QUE NO ESTÁ ESTUDIANDO O REALIZANDO ALGÚN PROGRAMA DE FORMACIÓN <input type="checkbox"/> TRABAJADOR/A POR CUENTA AJENA					
<input type="checkbox"/> TRABAJADOR/A POR CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> SUBEMPLEADO/A (trabajando a tiempo parcial involuntariamente)					
<input type="checkbox"/> TRABAJADOR/A A TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> EN EMPLEO PRECARIO (empleo temporal o contrato de duración limitada)					
8 SITUACIÓN EN MATERIA DE VIVIENDA O SITUACIÓN EN EL HOGAR					
<input type="checkbox"/> HOGAR SIN EMPLEO. Todos los miembros del hogar están desempleados/as o inactivos/as.					
<input type="checkbox"/> HOGAR SIN EMPLEO CON HIJOS/AS DEPENDIENTES: Todos/as los miembros del hogar están desempleados/as o inactivos/as. El hogar incluye uno o más hijos/as dependientes, es decir, personas de 0-17 años ó 18-24 años de edad si están inactivas y viven con al menos un/a progenitor/a. Cualquiera que pertenezca a esta categoría debe señalar también la categoría anterior.					
<input type="checkbox"/> Con hijos/as dependientes de 0 a 17 años de edad. <input type="checkbox"/> Con hijos/as dependientes de 18 a 24 años de edad.					
<input type="checkbox"/> HOGAR DE UN ÚNICO ADULTO/A CON HIJOS/AS DEPENDIENTES: El hogar incluye a un sólo adulto/a cualquiera que sea su situación laboral, con uno/a o más hijos/as dependientes, es decir, personas de 0-17 años ó 18-24 años de edad si están inactivas y viven con al menos un/a progenitor/a.					
<input type="checkbox"/> Con hijos/as dependientes de 0 a 17 años de edad. <input type="checkbox"/> Con hijos/as dependientes de 18 a 24 años de edad.					
<input type="checkbox"/> PERSONAS SIN HOGAR.					
<input type="checkbox"/> PERSONAS CON VIVIENDA INSEGURA (en arrendamientos inseguros, bajo amenaza de desahucio o violencia) o inadecuada (viviendas no aptas o sin acceso a servicios públicos necesarios).					
9 RECOGIDA DE DATOS SENSIBLES					
9.1. <input type="checkbox"/> MARQUE LA CASILLA SI RECHAZA FACILITAR INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS QUE SE SOLICITAN EN ESTE SUBAPARTADO					
<input type="checkbox"/> La persona solicitante es de origen extranjero <input type="checkbox"/> La persona solicitante pertenece a una minoría étnica, minoría nacional o minoría indígena.					
<input type="checkbox"/> Otros colectivos desfavorecidos (ex-delinquentes, drogodependientes, discapacitados no registrados, personas que viven en la pobreza).					
9.2. <input type="checkbox"/> MARQUE LA CASILLA SI RECHAZA FACILITAR INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS QUE SE SOLICITAN EN ESTE SUBAPARTADO					
<input type="checkbox"/> La persona solicitante es discapacitada y tiene reconocida una discapacidad del _____ (indicar grado).					
10 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE					
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.					
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporla fotocopia autenticada del DNI/NIE.					

002400D

00104906



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

(Página 5 de 5)

ANEXO I

11 AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Marque con una X lo que corresponda si desea que las notificaciones que proceda efectuar, se practiquen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificación Notif@ de la Junta de Andalucía en los términos de lo expresado en el Decreto 68/2008, de 26 de febrero, por el que se suprime la aportación de los documentos identificativos oficiales y del certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Andalucía y se establece la sede electrónica para la práctica de la notificación electrónica.

- AUTORIZO** como medio de notificación preferente la notificación electrónica y manifiesto que dispongo de una dirección habilitada en el Sistema de Notificaciones Notif@.
- AUTORIZO** como medio de notificación preferente la notificación electrónica y NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notif@, por lo que **AUTORIZO** a la Consejería/Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.

Indique la dirección electrónica y/o el número de móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notif@:

Nombre: _____ Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
DNI/NIE: _____ Correo electrónico: _____ N° móvil: _____

12 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, ser ciertos cuantos datos figuran en el presente anexo, y **SOLICITA** la admisión en el procedimiento de evaluación y acreditación de competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación.

En _____ a _____ de _____ de _____

LA PERSONA SOLICITANTE

Fdo: (Nombre, apellidos y firma) _____

SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL INICIAL Y EDUCACIÓN PERMANENTE

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, de la Consejería de Educación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tramitación en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad facilitar los procesos administrativos de gestión, selección y notificación asociados a las convocatorias del procedimiento de acreditación de competencias profesionales.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Educación. Dirección General de Participación e Innovación Educativa. C/ Juan Antonio Vizarrón, s/n. Edificio Torretriana. 41092 SEVILLA.

002400D

00104906