

SOLICITUD DE BECA IEMTEGRACIÓN

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|---------------------|-----------------|------|--------|---------------|-----|-------|
| Nombre | Apellidos | NIF | Fecha de nacimiento | | | | | | |
| Domicilio a efectos de notificación | | | | | | | | | |
| Tipo | Nombre vía | Núm. | Let. | Bloq. | Esc. | Planta | Puerta | Km. | Apdo. |
| Provincia | Municipio | Pedanía | | Paraje | | | Código Postal | | |
| Teléfono fijo | Teléfono móvil | Correo electrónico | | | | | | | |
| Estado Civil | Cargas familiares (hijos/padres) ESPECIFICAR | | Permiso de conducir | Vehículo Propio | | | | | |

PROGRAMA FORMATIVO AL QUE SE OPTA (escoger únicamente uno)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Programa Superior de Comunicación y Marketing Online (viernes tarde y sábado mañana) |
| <input type="checkbox"/> | Programa Superior de Comunicación y Marketing Online (Martes y Jueves) |
| <input type="checkbox"/> | Programa Superior de Dirección Ecommerce (viernes tarde y sábado mañana) |
| <input type="checkbox"/> | Programa Superior de Dirección de PYMES (viernes tarde y sábado mañana) |

ASPECTOS LABORALES - ¿EN LA ACTUALIDAD TRABAJAS?

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | NO |
| <input type="checkbox"/> | NO, PERO ESTOY REALIZANDO BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO Y NECESITO ENCONTRAR UN EMPLEO. |
| <input type="checkbox"/> | SI, TRABAJO EN JORNADA COMPLETA Indicar el horario y días de la semana: _____ Indicar fecha de fin del contrato (en caso de no estar indefinido): _____ |
| <input type="checkbox"/> | SI, TRABAJO A JORNADA PARCIAL Indicar el horario y días de la semana: _____ Indicar fecha de fin del contrato (en caso de no estar indefinido): _____ |
| <input type="checkbox"/> | EN EL CASO DE QUE TRABAJES ¿CUÁL ES TU PUESTO DE TRABAJO? _____ |
| <input type="checkbox"/> | EN EL CASO DE QUE TRABAJES ¿EN QUÉ EMPRESA TRABAJAS? _____ |

ASPECTOS FORMATIVOS

| | |
|--------------------------|--|
| FORMACIÓN REGLADA | |
| <input type="checkbox"/> | Sin estudios |
| <input type="checkbox"/> | Estudios Primarios Obligatorios (EGB / Primaria) |
| <input type="checkbox"/> | Estudios Secundarios Obligatorios (ESO) |
| <input type="checkbox"/> | Bachiller (BUP /COU) |
| <input type="checkbox"/> | CF Grado Medio (FP1) |
| <input type="checkbox"/> | CF Grado Superior (FP2) |
| <input type="checkbox"/> | Titulado Grado Medio (Grado) |
| <input type="checkbox"/> | Titulado Grado Superior (Master) |
| <input type="checkbox"/> | Doctorado |

| |
|---|
| FORMACIÓN COMPLEMENTARIA (Indicar Curso, Entidad y año) _____ _____ _____ |
| IDIOMAS <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> FRANCÉS <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> OTROS(indicar) _____ |
| INFORMÁTICA <input type="checkbox"/> Nivel Usuario <input type="checkbox"/> Nivel Usuario Avanzado <input type="checkbox"/> Nivel Profesional <input type="checkbox"/> Nivel Experto Indicar las áreas de conocimientos informáticos: _____ _____ |
| ¿ESTÁS REALIZANDO ALGÚN CURSO EN LA ACTUALIDAD? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI INDICAR NOMBRE DEL TÍTULO Y FECHA PREVISTA DEL FIN: _____ INDICAR MODALIDAD DEL CURSO (PRESENCIAL / SEMIPRESENCIAL/ ONLINE): _____ INDICAR HORARIO EN CASO DE PRESENCIAL: _____ |

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS - ¿PERCIBES INGRESOS?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI, PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA. Indicar cuantía: _____ |
| <input type="checkbox"/> SI, PRESTACIÓN POR DESEMPLEO. Indicar cuantía y tiempo que te queda a percibirla: _____ |
| <input type="checkbox"/> SI, PENSIÓN CONTRIBUTIVA. Indicar cuantía y concepto (incapacidad permanente tota/ incapacidad permanente absoluta/ gran invalidez) _____ |

ASPECTOS SOBRE LA DISCAPACIDAD

Nota aclaratoria: esta información se solicita tan solo a efecto de posibles adaptaciones para el curso. Si el usuario no necesita ninguna adaptación ni ayudas técnicas ni nada que contemplar por el centro de formación, no tiene la necesidad de comunicar si no lo desea su discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD Y PORCENTAJE

| |
|--|
| INDICAR EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD: _____ |
| <input type="checkbox"/> FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> PSÍQUICA POR DISCAPACIDAD INTELECTUAL |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL |
| <input type="checkbox"/> SENSORIAL VISUAL |
| <input type="checkbox"/> SENSORIAL AUDITIVA |
| <input type="checkbox"/> NO DESEA INFORMAR |

En el caso de discapacidad física indicar qué se tiene afectado:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES |
| <input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES |
| <input type="checkbox"/> CABEZA Y TRONCO |
| <input type="checkbox"/> SISTEMA CARDIOVASCULAR |
| <input type="checkbox"/> SISTEMA HEMATOINMUNOLOGICO |
| <input type="checkbox"/> SISTEMA RESPIRATORIO |
| <input type="checkbox"/> SISTEMA DIGESTIVO |
| <input type="checkbox"/> SISTEMA GENITO URINARIO |

En el caso de discapacidad sensorial indicar qué se tiene afectado:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> VISTA |
| <input type="checkbox"/> OIDO |
| <input type="checkbox"/> LENGUAJE. Indicar si se ve afectado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> COMPRENSIÓN VERBAL <input type="checkbox"/> EXPRESIÓN ORAL |

En el caso de discapacidad psíquica indicar qué se tiene afectado:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> CONDUCTA COGNOSCITIVA |
| EN EL CASO DE ENFERMEDAD MENTAL: INDICAR SÓLO AQUELLO QUE PUEDA INCUMBIR AL CURSO _____ _____ |

INDICAR BREVEMENTE EN QUÉ CONSISTE TU DISCAPACIDAD, LIMITACIONES Y FACTORES A TENER EN CUENTA COMO ALUMNO/A DEL CURSO.

¿TIENES NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA?

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI. Necesito ayuda para tareas como: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Levantarme o acostarme de la cama <input type="checkbox"/> Para comer <input type="checkbox"/> Para tareas de aseo cotidianas. <input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____ |

¿TIENES PROBLEMAS DE MOVILIDAD?

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI. Necesito ayuda para tareas como: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilizo un bastón <input type="checkbox"/> Utilizo dos bastones <input type="checkbox"/> Me desplazo en silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____ |

FORMA DE INFORMACIÓN DE LA BECA

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Conocidos/amigos |
| <input type="checkbox"/> Por IEM |
| <input type="checkbox"/> Por la asociación/Entidad (indicar nombre): _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ |

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE RESPECTO A LOS DATOS DECLARADOS EN ESTE DOCUMENTO Y EN EL RESTO DE LOS DOCUMENTOS INCORPORADOS AL EXPEDIENTE

De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los solicitantes de lo siguiente:

- Que los datos declarados en este documento y en el resto de los documentos existentes en el expediente, se incorporan a ficheros informáticos situados en todo momento bajo la responsabilidad de la Escuela de Negocios del Mediterráneo IEM4 SL (IEM Business School).
- Que estos datos se utilizarán, a los efectos pertinentes indicados en cada impreso, y en su caso para la gestión, control, evaluación de los trámites propios de cada solicitud.
- Que todos los datos que se solicitan son de carácter obligatorio para la tramitación asociada.
- Que en todo momento el solicitante tendrá acceso a la información existente en esta escuela.

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR A LA SOLICITUD:

- Fotocopia del DNI.
- Fotocopia compulsada del documento legal que acredite la discapacidad, expedido por el órgano competente.
- Currículum vitae, indicando datos personales, población, teléfono, correo electrónico, formación reglada y complementaria e informática (Es imprescindible que se indique que programas conoce de informática detallando nombre de programa y nivel en el manejo de cada uno de ellos).
- Fotocopias de los títulos de formación reglada, sobre todo en el caso de persona con titulaciones universitarias.
- Cualquier otro documento que se considere oportuno para valorar su solicitud.
- Firmar la declaración responsable adjunta.

En _____, a _____

Firma del solicitante

MOTIVACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA ELEGIDO

Describe los motivos que te llevan a querer cursar el Programa Superior elegido:

Describe los motivos que te llevan a querer cursar el Programa Superior elegido: