**ANEXO I**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIÓN FORMATIVA CONDUCENTE A LA OBTENCIÓN DE CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD NO FINANCIADA**

**CON FONDOS PÚBLICOS, REALIZADA POR EMPRESAS Y CENTROS DE INICIATIVA PRIVADA**

## SOLICITUD Nº:

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | | | | |  | | | Razón social : | |  | | | | | | | C.I.F.: | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | Domicilio Social: | | |  | | | | | | | | | nº: |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | Población: |  | | | Provincia: | |  | | C.P.: | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | Teléfono: |  | | | Fax: |  | | Correo electrónico |  | | | | | |   **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | NIF | | NIE | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Nombre: |  | | | | 1er Apellido: | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Provincia: |  | | | | | | C.P.: | |  | | | Población: | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Teléfono: |  | | Teléfono móvil: | | | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Horario preferente para recibir llamada: | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |   Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado. |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica (C*ompruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Trabajo, Formación y Seguridad Laboral, con la finalidad de gestionar los diferentes procesos y acciones formativas. Las cesiones que se producen son las autorizadas en la legislación aplicable. Pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable en: Avda. Irlanda, 14, 45071 Toledo; o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con la protección de datos, puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | |  | | Nº Censo |  | | Nombre Centro |  | | | | |  | | | | | | |  | | Localidad de impartición: | |  | | | Provincia impartición |  | | |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA** |
| **ACCION FORMATIVA QUE SE SOLICITA**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Denominación: |  | | | Código: |  | |  | | | | | | | Horas: |  | Nº Alumnos: |  | | | |  | | | | | |   *Marque con una X si se solicita el itinerario completo del curso, o por el contrario se solicita itinerario parcial*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Itinerario completo |  |  | Itinerario parcial |  |   *Si ha marcado la opción de itinerario parcial cumplimente los módulos formativos que se solicitan:*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Código | Denominación Módulos Formativos | Horas | |  |  |  | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS RESQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables**   |  |  | | --- | --- | | *D./Dña.:* | *con N.I.F.* |   *en su propio nombre o en representación de la entidad que se indica, presenta la solicitud de autorización para la realización de una acción formativa, declarando expresamente que:*  - Se compromete a cumplir las condiciones que se especifican en la normativa que regula esta modalidad de formación, las cuales conoce y acepta en su integridad.(*Artículo 19 del Real Decreto 189/2013, de 15 de marzo)*  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, en caso de autorización para la realización de una acción formativa.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de autorización para la impartición de las acciones formativas solicitadas.  **Autorizaciones**  **Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, esta Consejería** **va a** **proceder a verificar** **todos los** **datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**  **NO**: Los acreditativos de identidad del Representante Legal.  **NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración.      **Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, esta Consejería va a proceder a verificar** **los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración**, **y que usted señale a continuación:**   * Documento , presentado con fecha .ante la unidad  de la Administración de   **En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:**      **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**  **Documentación:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (escaneados):  Descripción de la acción formativa a desarrollar por la entidad solicitante. Enviado a través de la aplicación FOCO.  Poder bastante en derecho que acredite las facultades de representación del firmante de la solicitud para actuar en nombre de la persona jurídica solicitante.  Tarjeta de Identificación Fiscal de la Entidad. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En |  | a |  | de |  | de 20\_ \_ |

|  |
| --- |
| FDO: |
| Firma del representante legal de la Entidad solicitante |

**DIRECCIÓN GENERAL DE TRABAJO, FORMACIÓN Y SEGURIDAD LABORAL. CONSEJERÍA DE ECONOMIA, EMPRESAS Y EMPLEO** Código DIR3: **A08013842**