




TRÁMITE	VERSIÓN 2.2	NÚMERO
DESARROLLO EMPRESARIAL Y COMERCIO Selección de participantes de los itinerarios formativos para el proyecto Valdepeñas en-Clave de Inclusión: Atención Socio-Sanitaria Edición II		300

DATOS DEL PRESENTADOR			
Nombre:	NIF/CIF:	Sexo:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Domicilio:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cod Postal:	Localidad:	Provincia:	Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EN REPRESENTACIÓN DE			
Nombre:	NIF/CIF:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Domicilio:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cod Postal:	Localidad:	Provincia:	Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD
Que me comprometo a obtener y presentar el documento acreditativo de Competencias Claves Nivel 2 necesario para el acceso al Itinerario Formativo. Con 3 días máximo de antelación a la fecha de inicio de la acción formativa Atención Sociosanitaria Edición 2 incluido en el proyecto "VALDEPEÑAS EN CLAVE DE INCLUSIÓN" financiado al 80% por el POEFE. Tal y como se refleja en el apartado 4.2 de las bases.

FECHA Y FIRMA	Al Sr. Alcalde-Presidente del Ayuntamiento de Valdepeñas (Ciudad Real)	Página 1 de 1