CURRICULUM VITAE

FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁMBITO LABORAL

Dirección General de Formación Profesional en el Ámbito Laboral

**Únicamente se podrán editar aquellas celdas que estén habilitadas para ello. Se indican con corchetes amarillos: **

**En el caso de necesitar añadir más filas, se podrán insertar debajo de cada una de las tablas editables copiando la última fila y pegándola como “combinar tabla”. **

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONAL FORMADOR** | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** |  | **N.I.F.** | |  | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | **TLF MÓVIL** | |  | |
| **DIRECCIÓN** |  | **CP** | |  | |
| **PROVINCIA** |  | **LOCALIDAD** | |  | |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | |
| **RAZÓN SOCIAL** |  | | **C.I.F.** | |  |
| **PERSONA DE CONTACTO** |  | | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | **TLF DE CONTACTO** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ACCIÓN FORMATIVA/PROYECTO/PROGRAMA** | | | |
| **Nº DE EXPEDIENTE** |  | | |
| **DENOMINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD** |  | **CÓDIGO ESP.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MÓDULOS PROFESIONALES A IMPARTIR** | |
| **CÓDIGO** | **DENOMINACIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIDADES FORMATIVAS A IMPARTIR** | |
| **CÓDIGO** | **DENOMINACIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITULACIÓN O TITULACIONES REQUERIDAS PARA LA IMPARTICIÓN DE LA ESPECIALIDAD:**  **Indique la denominación exacta de la titulación obtenida**  Incluir únicamente aquella titulación (académica, complementaria, de idiomas, etc.) requerida para la impartición de la especialidad. Siempre que no hayan transcurrido 2 años desde la finalización de los estudios correspondientes, se podrán presentar las tasas de liquidación de solicitud de expedición del/los mismo/os. Una vez transcurrido el citado periodo, la persona declarante deberá disponer obligatoriamente del título oficial acreditativo de la correspondiente titulación. | | | |
| **TÍTULO** | **ENTIDAD** | **DOCUMENTO ACREDITATIVO** | **FECHA EXPEDICIÓN** |
|  |  | Elija un elemento. |  |
|  |  | Elija un elemento. |  |
|  |  | Elija un elemento. |  |
|  |  | Elija un elemento. |  |

|  |
| --- |
| **EXPERIENCIA PROFESIONAL REQUERIDA EN EL ÁMBITO DE LA UNIDAD DE COMPETENCIA / MÓDULO PROFESIONAL / UNIDAD FORMATIVA**  Rellenar tantos cuadros como sean necesarios. La experiencia profesional del personal trabajador por cuenta ajena debe estar acreditada por medio de Contrato/s de Trabajo y/o certificado/s de empresa o certificados de servicios prestados, donde quede debidamente acreditado el o los puestos de trabajo ejercidos, la categoría profesional, el tipo de jornada laboral y las funciones desempeñadas. En el caso del personal trabajador por cuenta propia o autónomo, se acreditará mediante la certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina de los periodos de alta en la Seguridad Social en el Régimen Especial correspondiente y declaración con descripción de la actividad desarrollada e intervalo de tiempo en el que se ha realizado. **En todo caso siempre se acompañará con Informe de Vida Laboral**. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUESTO DE TRABAJO** |  |
| **EMPRESA** |  |
| **FUNCIONES DESEMPEÑADAS** |  |
| **FECHA INICIO – FIN** |  |
| **DURACIÓN (DÍAS EN VIDA LABORAL) (3)** |  |
| Únicamente se tendrán en cuenta para la duración de la totalidad de la experiencia profesional, los días trabajados que coincidan con Informe de Vida Laboral. | |
| **DOCUMENTOS CON LOS QUE ACREDITA ESTA EXPERIENCIA.** | **TRABAJO POR CUENTA AJENA**:  Vida laboral  Certificado de funciones  Contrato de trabajo  Además de Informe de Vida laboral, indicar documentos que lo acreditan. |
| **TRABAJO POR CUENTA PROPIA:**  Vida laboral  Declaración responsable  Certificado de terceros\*  Epígrafe Censo IAE  \*Si el epígrafe del IAE no coincide con las funciones descritas, deberán ser certificadas por un tercero  Además de Informe de Vida laboral, indicar documentos que lo acreditan. |
| En el caso de marcar IAE Indicar epígrafe y denominación: |
| Otros: Indicar |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUESTO DE TRABAJO** |  |
| **EMPRESA** |  |
| **FUNCIONES DESEMPEÑADAS** |  |
| **FECHA INICIO – FIN** |  |
| **DURACIÓN (DÍAS EN VIDA LABORAL) (3)** |  |
| Únicamente se tendrán en cuenta para la duración de la totalidad de la experiencia profesional, los días trabajados que coincidan con Informe de Vida Laboral. | |
| **DOCUMENTOS CON LOS QUE ACREDITA ESTA EXPERIENCIA.** | **TRABAJO POR CUENTA AJENA**:  Vida laboral  Certificado de funciones  Contrato de trabajo  Además de Informe de Vida laboral, indicar documentos que lo acreditan. |
| **TRABAJO POR CUENTA PROPIA:**  Vida laboral  Declaración responsable  Certificado de terceros\*  Epígrafe Censo IAE  \*Si el epígrafe del IAE no coincide con las funciones descritas, deberán ser certificadas por un tercero  Además de Informe de Vida laboral, indicar documentos que lo acreditan. |
| Otros: Indicar |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HABILITACIÓN DOCENTE:** Título Oficial del Certificado Profesional de habilitación para la docencia en grados A, B y C del Sistema de Formación Profesional a excepción de los supuestos indicados en el apartado 5 del artículo 168 del Capítulo II Personal formador de centros del Sistema de Formación Profesional no incorporados al sistema educativo del Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional. En el caso de la titulación académica, siempre que no hayan transcurrido 2 años desde la finalización de los estudios correspondientes, se podrán presentar las tasas de liquidación de solicitud de expedición del/los mismo/os. Una vez transcurrido el citado periodo, los formadores deberán presentar obligatoriamente el título oficial acreditativo de la correspondiente titulación. En el caso de no tener la expedición del Certificado de Profesionalidad se admitirá la resolución favorable de la Administración correspondiente. | | | |
| **TÍTULO QUE CERTIFIQUE LA HABILITACIÓN DOCENTE: Indique la denominación exacta de la titulación obtenida** | **ENTIDAD** | **DOCUMENTO ACREDITATIVO** | **FECHA EXPEDICIÓN** |
|  |  | Indique un documento |  |
| **En el caso de que la acción formativa se imparta en MODALIDAD DE TELEFORMACIÓN indicar:** | | **DOCUMENTO ACREDITATIVO** | |
| **He recibido al menos 30 horas de formación con contenidos metodológicos en esta modalidad.**  **He impartido al menos 60 horas en esta modalidad**. | | Elija un elemento. | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **En caso de NO POSEER la habilitación docente exigida marcar e indicar acciones impartidas y el número de horas:** | | | | | |
|  | **He impartido 600 h o más en los últimos 10 años en formación profesional para el empleo o del sistema educativo**  Según apartado 5 c) del artículo 168 del Capítulo II Personal formador de centros del Sistema de Formación Profesional no incorporados al sistema educativo del Real Decreto 659/2023, de 18 de julio, por el que se desarrolla la ordenación del Sistema de Formación Profesional. En el caso de seleccionar FOCO autoriza a la administración a comprobarlo en el aplicativo. | | | | |
| **NÚMERO DE EXPEDIENTE** | | **DENOMINACIÓN** | **Nº HORAS IMPARTIDAS** | **AÑO FINALIZACIÓN** | **DOCUMENTO ACREDITATIVO** |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |
|  | |  |  |  | Elija un elemento. |

**Las firmas de este documento conllevan la aceptación de las obligaciones, requisitos y compromisos recogidos en el mismo \***

**Y para que así conste y surta los efectos oportunos, expedimos y firmamos la presente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA DIGITAL PERSONAL FORMADOR** |  | **FIRMA ENTIDAD SOLICITANTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⌧ DECLARA que **son ciertos** los datos que consigna en el presente documento. |  | ⌧ DECLARA que **se hace responsable de la veracidad** de los datos indicados en este documento, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su inexactitud o incumplimiento.  ⌧ DECLARA que **custodia la documentación** que acredita dicha veracidad y que está disponible para el seguimiento por el Equipo Técnico de Evaluación encargado de la revisión de este documento. |

**\* Convertir a PDF y firmar digitalmente.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable | Dirección General de Formación en el Ámbito Laboral |
| Finalidad | Gestión de los diferentes procesos y acciones formativas que se desarrollan en el territorio de Castilla-La Mancha |
| Legitimación | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos  Datos de categoría especial: 9.2.b) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones en el ámbito del Derecho laboral y de la seguridad y protección social del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 30/2015, de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral |
| Destinatarios | Existe cesión de datos |
| Derechos | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| Información adicional | Disponible en la dirección electrónica: <https://rat.castillalamancha.es/info/0305> |