Fundación Miguel Castillejo
Plaza de las Doblas, 1

Centro Formación y Promoción de la Mujer Inmigrante
C/ Raimundo Lulio, nº 1

|  |
| --- |
| FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN*(Zona sombreada a rellenar por el centro)* |
| CONVOCATORIAIMPULSA TU FUTUROAuxiliar de Geriatría |
| Fecha de inscripción:  |

|  |
| --- |
| *A RELLENAR EN MAYÚSCULAS* |
| 1. Información personal
 |
| NOMBRE COMPLETO:

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

 |
| APELLIDOS:

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

 |
| Adjunto fotocopia de: DNI, NIE, NIF, PASAPORTEcon número:

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

 |
| FECHA DE NACIMIENTO: |
| NACIONALIDAD: |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: |
| TELÉFONO DE CONTACTO: |
| CORREO ELECTRÓNICO: |
| CIUDAD DE RESIDENCIA ACTUAL: |

|  |
| --- |
| 1. Situación actual
 |
| * ¿Posee permiso de residencia en regla?

SI / NO* ¿Cuenta con experiencia profesional en asistencia a domicilio?

SI / NO |

|  |
| --- |
| 1. Documentos que adjunta
 |
| * Copia del documento de identidad vigente
* Certificado de empadronamiento en Córdoba
* Currículum actualizado
 |

* Declaro bajo mi responsabilidad que los datos proporcionados son verídicos y que cumplo con los requisitos establecidos en la convocatoria.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: