

## FICHA PARA LA RECOGIDA DE DATOS DE PARTICIPANTES EN OPERACIONES COFINANCIADAS POR EL FSE +

### DATOS DE LA OPERACIÓN

|              |  |
|--------------|--|
| DENOMINACION |  |
| CONTENIDO    |  |
| FECHA INICIO |  |

### DATOS PERSONALES DE LA PERSONA PARTICIPANTE

|                  |  |
|------------------|--|
| APELLIDOS        |  |
| NOMBRE           |  |
| NIF              |  |
| FECHA NACIMIENTO |  |
| NACIONALIDAD     |  |
| SEXO             | <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO |
| FECHA DE ENTRADA |  |

### DATOS DE CONTACTO DE LA PERSONA PARTICIPANTE

|           |  |
|-----------|--|
| DOMICILIO |  |
| LOCALIDAD |  |
| PROVINCIA |  |
| CP        |  |
| TELÉFONO  | FIJO: <input type="text"/> MOVIL: <input type="text"/> |
| E-MAIL    |  |

NIVEL EDUCATIVO DE LA PERSONA PARTICIPANTE

[Según Clasificación de las instrucciones](#)

### SITUACIÓN LABORAL DE LA PERSONA PARTICIPANTE [\(Instrucciones\)](#)

|                      |   |
|----------------------|---|
| SITUACIÓN            |   |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN |   |
| EN EDUCACION         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

### SITUACIÓN DE RIESGO O EXCLUSIÓN SOCIAL

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>DATOS PERSONALES</b> |   |
| DISCAPACIDAD            | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO:                    |
| TIPO DE DISCAPACIDAD    |   |
| EXCLUSIÓN               | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO:                    |
| TIPO DE EXCLUSIÓN       | <input type="checkbox"/> MIGRANTES /MINORÍAS <input type="checkbox"/> OTRAS |
| MOTIVO DE EXCLUSIÓN     |   |

| DATOS DE RESIDENCIA   |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. PERSONAS SIN HOGAR | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ZONAS RURALES      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

La persona abajo firmante declara que son ciertos sus datos personales recogidos en esta ficha. Así mismo declara conocer que va a participar en una actividad que cuenta con el apoyo del Fondo Social Europeo.

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo.:

La persona abajo firmante declara que habiendo sido requerido a ello, sin embargo no desea aportar **los datos personales** contenidos en el apartado de situación o riesgo de exclusión social acogiéndose a los artículos 6 y siguientes del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016.

Fdo.:

#### DATOS DE SEGUIMIENTO

| 1. FECHA SALIDA OPERACIÓN      |   |
|--------------------------------|---|
| 2. SITUACIÓN LABORAL           | <input type="checkbox"/> EMP <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> INACT <input type="checkbox"/> EN EDUCAC                           |
| 3. OBTENCIÓN DE CUALIFICACIÓN  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |
| RESULTADOS A MÁS LARGO PLAZO   |   |
| 4. SITUACIÓN LABORAL           | <input type="checkbox"/> EMP <input type="checkbox"/> AUT <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> INACT <input type="checkbox"/> MEJORA |
| 5. ESPECIFICACIÓN DE LA MEJORA |   |