

# FICHA DE INSCRIPCIÓN

**PROGRAMA:** Emprendimiento Femenino en Sectores Económicos Emergentes y Nuevas Oportunidades de Mercado.

**FECHA INICIO:** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD:** Manzanares \_\_\_\_\_

**MODALIDAD:**  PRESENCIAL  SEMIPRESENCIAL  ON-LINE

FOTO

## DATOS DEL PARTICIPANTE

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **D.N.I.:** \_\_\_\_\_ **NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN PARTICULAR:** CALLE (Avda., Plaza, etc.) \_\_\_\_\_

**POBLACIÓN:** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**TFNO. FIJO:** \_\_\_\_\_ **TFNO. MÓVIL:** \_\_\_\_\_

**FECHA NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **AÑOS**

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR

DISCAPACITADO .....SI  NO       MINORÍAS .....SI  NO   
INMIGRANTE .....SI  NO       DESFAVORECIDO .....SI  NO   
CARGAS FAMILIARES ....SI  NO

### TITULACIÓN / FORMACIÓN

UNIVERSITARIO/ FP II/ POSTGRADOS.....   
2º CICLO ENSEÑANZA SECUNDARIA, BACHILLERATO Y FP I.....   
ED. PRIMARIA Y 1ER CICLO EDUCACION SECUNDARIA.....   
SIN ESTUDIOS.....

## SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DEL PARTICIPANTE

### DESEMPLEADO

FECHA ALTA INEM \_\_\_\_\_ MENOS DE 1 AÑO  MÁS DE 1 AÑO

### INACTIVO

JUBILADO.....       INCAPACIDAD PERMANENTE.....   
RETIRADO DE NEGOCIOS...       DEDICADO A LA VIDA FAMILIAR.....   
EN FORMACIÓN.....       OTROS (indicar ).....

### OCUPADO

CUENTA PROPIA       CUENTA AJENA { T. FIJO...  T. TEMPORAL...   
 FUNCIONARIOS

### EMPRESARIO/A

MICROEMPRESA: { SI   
NO

**NOMBRE DE LA EMPRESA** \_\_\_\_\_  
**CARGO EN LA EMPRESA** \_\_\_\_\_ **CIF** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN: CALLE** \_\_\_\_\_  
**POBLACIÓN** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA** \_\_\_\_\_  
**C. P.** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_ **FAX** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

**CONOCIMIENTO / INTERÉS EN EL PROGRAMA**

SU CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA SE HA PRODUCIDO POR:

- |  |  |
|--|--|
| ANUNCIO EN Prensa..... <input type="checkbox"/>    | RECOMENDACIÓN DE SU EMPRESA..... <input type="checkbox"/>    |
| CUÑAS RADIOFÓNICAS..... <input type="checkbox"/>   | RECOMENDACIÓN CÁMARA DE COMERCIO... <input type="checkbox"/> |
| RECOMENDACIÓN EX-ALUMNO.. <input type="checkbox"/> | OTRAS RAZONES _____  |

INTERÉS EN EL PROGRAMA:

- CREACIÓN DE UNA EMPRESA  
GRADO DE DESARROLLO:  SOLO UNA IDEA  
 YA HA REALIZADO ESTUDIOS PREVIOS/INVESTIGACIÓN  
 PLAN DE MEJORA / CONSOLIDACIÓN

**DESCRIPCIÓN DE LA IDEA / EMPRESA**

DESCRIPCIÓN IDEA / PLAN DE NEGOCIO O DE MEJORA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECTOR AL QUE PERTENECE LA EMPRESA O EL PROYECTO PRESENTADO**

- |  |  |
|--|--|
| AGRÍCOLA Y GANADERO ... <input type="checkbox"/> | INDUSTRIA..... <input type="checkbox"/>            |
| COMERCIO..... <input type="checkbox"/>           | SERVICIOS..... <input type="checkbox"/>            |
| CONSTRUCCIÓN..... <input type="checkbox"/>       | TURISMO Y TRANSPORTE..... <input type="checkbox"/> |

**LOS PARTICIPANTES AL FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO, CONFIRMAN QUE ESTAN INFORMADOS DE LA COFINANCIACIÓN DEL PROGRAMA POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO DENTRO DEL PROGRAMA OPERATIVO ADAPTABILIDAD Y EMPLEO CCI: 2007ES05UPO001.**

Los datos, incluidos los de carácter personal, recogidos en el presente impreso serán incorporados a los ficheros de la Fundación INCYDE y serán objeto de tratamiento con el fin de mantener con Ud. la relación de seguimiento de su proyecto empresarial o plan de mejora.

Para la anulación, cancelación o modificación de datos, se enviará un email a la F. Incyde ([incyde@incydecamaras.es](mailto:incyde@incydecamaras.es)) Asimismo, el abajo firmante, otorga su consentimiento para que sus datos sean tratados con finalidad de facilitarlos a Instituciones u Organismos nacionales, comunitarios o europeos que financian este programa y, en general para el ejercicio de las funciones que tienen encomendadas en función de las ayudas y subvenciones concedidas.

Conforme con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante un escrito dirigido a Fundación INCYDE, C/ Ribera del Loira , 12.- 3ª Planta, 28042 Madrid, adjuntando fotocopia de su documento nacional de identidad o pasaporte.

....., a.....de.....de 20.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE