

## SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN EVENTO

### DATOS DEL EVENTO (A cumplimentar por la entidad)

Entidad beneficiaria: CONFEDERACIÓN CANARIA DE EMPRESARIOS	Proyecto/convocatoria: CYBERCAN
Denominación del curso: SOLUCIONES EN CIBERSEGURIDAD	Código del evento:

### DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

Apellidos:		Nombre:	
Dirección:		C.P.:	
Localidad:		Provincia:	
NIF:		Discapacidad:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Correo electrónico:		Teléfono:	

### ESTUDIOS (marcar con una cruz lo que proceda)

Sin estudios	<input type="checkbox"/>	Técnico Superior / FP Grado Superior y equivalentes	<input type="checkbox"/>
Educación primaria	<input type="checkbox"/>	E. Universitarios 1º Ciclo (Diplomaturas-Grados)	<input type="checkbox"/>
Primera etapa de Educación Secundaria (Título de primer y segundo ciclo de ESO, EGB, Graduado Escolar, Certificados de Profesionalidad nivel 1 y 2)	<input type="checkbox"/>	E. Universitarios 2º Ciclo (Licenciatura - Master)	<input type="checkbox"/>
Segunda etapa de Educación Secundaria (Bachillerato, FP de Grado Medio, BUP, FPI y FP II)	<input type="checkbox"/>	E. Universitarios 3º Ciclo (Doctorado)	<input type="checkbox"/>
Educación Postsecundaria no superior (Certificados de Profesionalidad Nivel 3)	<input type="checkbox"/>	Otras titulaciones (Especificar)	<input type="checkbox"/>

### SITUACIÓN LABORAL DEL PARTICIPANTE (marca con una cruz)

DESEMPLEADO/A <input type="checkbox"/>	OCUPADO/A <input type="checkbox"/>
----------------------------------------	------------------------------------

### ENTIDAD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE (cumplimentarlo solo las personas ocupadas)

Razón Social (nombre empresa):	CIF:	
Domicilio del Centro de Trabajo:		
C.P.:	Localidad:	Provincia:
Teléfono:	Correo Electrónico:	

En Las Palmas de Gran Canaria, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202

Firma de la persona participante