**ANEXO: HABILITACIÓN PARA EJERCER LAS FUNCIONES DE EVALUADOR/A Y/O ASESOR/A EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.- DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE  Número de documento: | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | |  | C.P.: | | |  | |  | | Población: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: móvil: | | |  | | |  | Correo: electrónico: | | |  | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.- DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE  Número de documento: | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | 2º Apellido: | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | |  | C.P.: | | |  | |  | | Población: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono: móvil: | | |  | | |  | Correo: electrónico: | | |  | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Sí existe representante, las comunicaciones que deriven se este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General con competencias en materia de formación profesional para el empleo, con la finalidad de gestionar el registro de asesores y evaluadores para el desarrollo de los procedimientos de acreditación de competencias. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, en Avda. de Irlanda, 14, 45071 Toledo o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con la protección de datos puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico [protecciondatos@jccm.es](mailto:protecciondatos@jccm.es). Las cesiones que se producen son las autorizadas en la legislación aplicable.

|  |
| --- |
| **3.- DATOS DE LA SOLICITUD** |
| |  |  | | --- | --- | | Alta en el Registro  Añadir unidades de competencia | Baja en el Registro  Modificación de datos personales | | |  |  |  | | --- | --- | | *Indicar en qué se solicita la habilitación:*  ASESOR/A  EVALUDOR/A | *Solicitantes procedentes del sector productivo:*  *-Entidad impartidora del curso de habilitación\*:*  *-Nº de curso:*  *\*centro acreditado en Castilla-La Mancha* | |  |  | |
| *Indicar la o las unidades de competencia incluidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales para las cuales se solicita la inscripción:*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | *CÓDIGO CUALIFICACIÓN PROFESIONAL* | *DENOMINACIÓN CUALIFICACIÓN PROFESIONAL* | | | |  |  | | | | *CÓDIGO UNIDAD DE COMPETENCIA* | ***DENOMINACIÓN DE LAS UNIDADES DE COMPETENCIA QUE SE SOLICITAN*** | ***Años experiencia por sector:*** | | | **Productivo** | **Formativo(\*)** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |      |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | *CÓDIGO CUALIFICACIÓN PROFESIONAL* | *DENOMINACIÓN CUALIFICACIÓN PROFESIONAL* | | | |  |  | | | | *CÓDIGO UNIDAD DE COMPETENCIA* | ***DENOMINACIÓN DE LAS UNIDADES DE COMPETENCIA QUE SE SOLICITAN*** | ***Años experiencia por sector:*** | | |  |  | **Productivo** | **Formativo(\*)** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |

\*El sector formativo se refiere a experiencia como docente o profesor, no a la realización de cursos como alumnado.

|  |
| --- |
|  |
| **4.- ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Autorizaciones:**  La persona abajo firmante, **AUTORIZA** a la Dirección General con competencias en materia de formación profesional en el ámbito laboral para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:  **SI**  **NO**: Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social  **SI**  **NO**: Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración regional:   * Certificación que acredite cumplir con el requisito exigido en el art. 187 a) del Real Decreto 659/2023.   Los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración regional, concretamente los siguientes:   * Certificación que acredite cumplir con el requisito exigido en el art. 187 a) del Real Decreto 659/2023, presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      . * Documentación acreditativa de la experiencia profesional en el campo de las competencias relacionadas con el módulo formativo, presentado con fecha       ante la unidad       de la Consejería de      . * Otros :   Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.  **Documentación:**  En caso de no otorgar la autorización mencionada en el apartado anterior para consultar sus datos, o de no obrar en poder de la Administración regional, declara aportar los siguientes documentos:  Certificación que acredite cumplir con el requisito exigido en el art. 187 a) del Real Decreto 659/2023.  Documentación acreditativa de la experiencia profesional en el campo de las competencias relacionadas con el módulo formativo.  La acreditación de la experiencia profesional en el campo de las competencias relacionadas con la unidad de competencia, la experiencia docente:  Para trabajadores asalariados:  - Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina o de la mutualidad a la que estuvieran afiliados, donde conste la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización) y el período de contratación.  - Contrato de trabajo o certificación de la empresa donde hayan adquirido la experiencia laboral, en la que conste específicamente la duración de los periodos de prestación del contrato, la actividad desarrollada y el intervalo de tiempo en el que se ha realizado dicha actividad.  Para trabajadores autónomos o por cuenta propia:  - Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina o de la mutualidad a la que estuvieran afiliados, en la que se especifiquen los períodos de alta en la Seguridad Social en el régimen especial correspondiente.  - Descripción de la actividad desarrollada e intervalo de tiempo en el que se ha realizado la misma.  Para trabajadores voluntarios o becarios:  - Certificación de la organización o empresa donde se haya prestado la asistencia en la que consten, específicamente, las actividades y funciones realizadas, el año en el que se han realizado y el número total de horas dedicadas a las mismas. |

El firmante declara que son ciertos cuantos datos figuran en este documento y que cumple los requisitos establecidos en el artículo187 del Real Decreto 659/2023, y SOLICITA: la inclusión, modificación o baja en el Registro personas habilitadas, según se indica en el punto 3 de esta solicitud para la/las unidad/es de competencia incluida/s en el Catálogo de Cualificaciones Profesionales, indicadas en esta solicitud:

En      , a    de       de 202

Firma original del solicitante

Fdo.:

CONSEJERIA DE ECONOMIA, EMPRESAS Y EMPLEO. DIRECCIÓN GENERAL DE FORMACION PROFESIONAL EN EL ÁMBITO LABORAL. TOLEDO.