



PUESTO SOLICITADO

FOTO  
RECIENTE

El hecho de rellenar esta solicitud no supone compromiso laboral alguno para el solicitante ni para la empresa. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, "LOPD"), Aeromédica Canaria, SL (en adelante, "Aeromédica") le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione al cumplimentar este formulario y los que, en su caso, se generen derivados de su participación en algún proceso de selección de personal, se recogerán y tratarán en ficheros cuyo responsable es "Aeromédica" con la exclusiva finalidad de valorar la posibilidad de una contratación o colaboración profesional. Usted podrá acceder a sus datos, rectificarlos, cancelarlos y oponerse a su tratamiento, en los términos y en las condiciones previstas en la LOPD, dirigiéndose por escrito a nuestra sede social, situada en la calle Matías Padrón, número 97, CP 35004, en Las Palmas de Gran Canaria.

No autorizo la cesión de los datos personales consignados en este formulario a las empresas y entidades en cuyo capital social o fundacional participe Aeromédica directa o indirectamente, con la única finalidad de formar parte de procesos de selección de personal.

<b>DATOS PERSONALES</b>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DNI/NIE
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y PROVINCIA)		NACIONALIDAD
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE O PLAZA, BLOQUE, NÚMERO, PISO Y PUERTA)		
CIUDAD O PUEBLO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
NÚMERO DE TELÉFONO (PROPIO)		

<b>FORMACIÓN REGLADA</b>						
Estudios Primarios, Bachillerato, FP, Formación Universitaria, etc.						
ESTUDIOS	AÑO COMIENZO	AÑO TERMINO	CURSOS REALIZADOS	TITULACIÓN Y ESPECIALIDAD	TÍTULO	
					SÍ	NO

<b>FORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>						
Detalle sólo aquellos cursos que tengan que ver con el puesto al que opta o bien los que usted considere más destacados de su formación						

<b>CARNET DE CONDUCIR</b>	
¿TIENE VEHÍCULO PROPIO?	CLASE(S) DE PERMISO(S) DE CONDUCIR DE LOS QUE DISPONE.-

**IDIOMAS**

Señale el idioma conocido con una X en las casillas correspondientes a los diferentes grados que se atribuye

	HABLAR			LEER			ESCRIBIR		
	Muy Bien	Bien	Regular	Muy Bien	Bien	Regular	Muy Bien	Bien	Regular
INGLES									

**DATOS PROFESIONALES**

<b>EMPLEO ACTUAL/ÚLTIMO</b> (Indique nombre de la Empresa)			CATEGORÍA PROFESIONAL (desempeñada)		
PERIODO TRABAJADO		MOTIVO DEL CESE		SUELDO PERCIBIDO	

<b>OTRO EMPLEO ANTERIOR</b> (Indique nombre de la Empresa)			CATEGORÍA PROFESIONAL (desempeñada)		
PERIODO TRABAJADO		MOTIVO DEL CESE		SUELDO PERCIBIDO	

<b>OTRO EMPLEO ANTERIOR</b> (Indique nombre de la Empresa)			CATEGORÍA PROFESIONAL (desempeñada)		
PERIODO TRABAJADO		MOTIVO DEL CESE		SUELDO PERCIBIDO	

**OTROS DATOS**

¿QUÉ TRABAJO DE LOS REALIZADOS POR USTED, LE AGRADO MÁS?		¿CUÁL LE AGRADO MENOS?	
¿QUÉ PUESTO, ADEMÁS DEL SOLICITADO, PUDIERA INTERESARLE?			
EN CASO DE SER SELECCIONADO, ¿EN QUÉ PLAZO PODRÍA INCORPORARSE?		SUELDO QUE SOLICITA	
¿TIENE INCONVENIENTE EN TRABAJAR FUERA DE ESTA CIUDAD?		EN SU CASO, INDIQUE EL MOTIVO	
SI TIENE CALIFICACIÓN/DECLARACIÓN DE MINUSVALÍA DE LA ADMINISTRACIÓN COMPETENTE, ¿EN QUE GRADO?		ESTATURA*	PESO*
¿FECHA DE LA RESOLUCIÓN?			
INDIQUE A QUE SOCIEDADES, ORGANIZACIONES, CLUBS (PROFESIONALES, DEPORTIVOS, CULTURALES, ETC.) PERTENECE O HA PERTENECIDO			
¿CÓMO HA ENTRADO EN CONTACTO CON NOSOTROS?			

(\*) Para determinadas categorías profesionales de carácter sanitario se precisa cumplimentar estas casillas

Declaro que he leído y comprendido todas las cláusulas impresas en este formulario, y que asimismo son aplicables tanto a este documento como, en su caso, a la documentación adjunta y opcional (curriculum, copia de títulos y certificados de cursos exigibles para el puesto al que se opta y fotocopia del DNI o documento oficial que le acredite como titular de los datos, recabados por este medio). Todos los datos aportados responden con veracidad y exactitud a su situación actual. Autorizo a Aeromélica, a corroborar los datos expuestos en este formulario y la documentación adjunta.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

VºBº
No escribir, espacio reservado para uso interno

FIRMA \_\_\_\_\_  
(Candidato/a)