**ANEXO I**

***Becas del programa de movilidad “KEEP MOVING VALLADOLID”***

***DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:***

Nombre y apellidos ………………………………….......................................... NIF…..…………………..……………………..

Domicilio …………………………………………............................. Localidad ……………………………………………………

Teléfono ……………………….... Correo electrónico ……………………………………………………....................................

Nacionalidad……………………………. Fecha de Nacimiento…………………………………………………………………….

***DATOS ACADÉMICOS Y LABORALES:***

|  |
| --- |
| Sector profesional |
| Nivel de estudios finalizados |
| Cursos realizados |
| Campo profesional donde desea desempeñar la experiencia, indicar preferencias (de mayor a menor preferencia)1.2.3.… |
| Preferencia de países (del 1 al 4, siendo el 1 el valor de mayor preferencia y el 4 el de menor preferencia)□ Portugal□ Italia□ Irlanda□ Grecia |

***OTROS DATOS***

|  |
| --- |
| Conocimiento de idiomas extranjeros (nada, poco, medio, alto)INGLES:ITALIANO:PORTUGUÉS:OTROS: |
| ¿Por qué te interesa esta práctica laboral en empresas extranjeras? |
| ¿Fumas? ¿Carnet de conducir?¿Tienes alguna restricción con la comida?¿Alergias, otro problema de salud? |
| ¿Has estado anteriormente fuera de España? en qué país? |
| Número de cuenta bancaria (EBAN) |

***SOLICITA*** ser admitido a la convocatoria a que se refiere este Anexo I.

***DECLARA*** (marcar lo que corresponda):

□ Que cumple los requisitos necesarios para ser beneficiario de la subvención y que son ciertos los datos recogidos en esta solicitud.

□ Que no está incurso en ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario de subvenciones previstas en el art. 13.2 LGS, en lo que le resulte de aplicación.

□ Que NO ha solicitado o le ha sido concedida subvención alguna para la misma finalidad por parte de instituciones públicas o privadas.

□ Que SÍ ha solicitado o le ha sido concedida subvención alguna para la misma finalidad por parte de instituciones públicas o privadas.

*En este caso deberá indicarse la entidad concedente y el importe* ……………………………………………..

Que autoriza expresamente a la Diputación de Valladolid para que solicite los certificados acreditativos de la inexistencia de deudas con Hacienda, con la Seguridad Social y con la Institución provincial.

…………………………….., a………. de……………… de 2017

Fdo.…………………………………………………………..

*Los datos por usted/es facilitados serán incluidos en un fichero titularidad de la Diputación de Valladolid, cuya finalidad es gestionar la petición formulada en el presente documento.*

*Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo que sean comunicados a entidades públicas a las que sea necesario cederlos para gestionar su solicitud, y en los supuestos previstos en la ley.*

*De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando o presentando una solicitud por escrito, acompañada de fotocopia del DNI, NIE o pasaporte, a Diputación de Valladolid (Registro de entrada), C/ Angustias nº 44, 47003 de Valladolid.*

**ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALLADOLID**