



Instituto de las
MUJERES



FEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
**UNIVERSIDADES
POPULARES**

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN (A cumplimentar por la UP)	
Programa	
Entidad	
Comunidad Autónoma	
Localidad	
Persona responsable	

Ficha resumen de la persona participante (A rellenar por la persona beneficiaria)

Nombre			
Dirección			
Localidad		Provincia	
DNI		Email	
Fecha de nacimiento			
Teléfono/s de contacto			

Sexo (marcar con una x la casilla que corresponda) SÓLO UNA OPCIÓN

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

Nivel educativo (marcar con una x la casilla que corresponda) SÓLO UNA OPCIÓN

Persona sin educación primaria (CINE 0): personas analfabetas o con estudios primarios incompletos.	
Persona con educación primaria (CINE 1) o secundaria baja (CINE 2): Educación Primaria o Educación Secundaria Obligatoria o similares.	
Persona con educación secundaria alta (CINE 3) o post-secundaria (CINE 4): Bachillerato, Ciclo Formativo de Grado Medio, Certificado de Profesionalidad, Curso de acceso al Ciclo Formativo de Grado Medio o similares	
Persona con educación terciaria (CINE 5 a 8): Ciclo Formativo de Grado Superior, Educación Universitaria, Master, Doctorado o similares.	

Edad (marcar con una x la casilla que corresponda) SÓLO UNA OPCIÓN

Persona menor de 25 años	<input type="checkbox"/>
Persona entre 25 y 45 años	<input type="checkbox"/>
Persona mayor de 45 años	<input type="checkbox"/>



Instituto de las
MUJERES



Situación laboral (marcar con una x la casilla que corresponda) **SÓLO UNA OPCIÓN**

Persona desempleada de corta duración (menos de 12 meses)	<input type="checkbox"/>
Persona desempleada de larga duración (más de 12 meses)	<input type="checkbox"/>
Persona inactiva recibiendo educación o formación	<input type="checkbox"/>
Persona inactiva que no recibe educación o formación	<input type="checkbox"/>
Persona empleada por cuenta propia	<input type="checkbox"/>
Persona empleada por cuenta ajena a tiempo parcial con contrato temporal	<input type="checkbox"/>
Persona empleada por cuenta ajena a tiempo parcial con contrato indefinido	<input type="checkbox"/>
Persona empleada por cuenta ajena a tiempo completo con contrato temporal	<input type="checkbox"/>
Persona empleada por cuenta ajena a tiempo completo con contrato indefinido	<input type="checkbox"/>

Persona en situación desfavorecida (marcar con una x la/s casilla/as que correspondan. En caso de marcar la casilla de otras personas desfavorecidas, marcar también una o varias de las que siguen)

Persona que vive en un hogar sin empleo (ningún miembro del hogar tiene empleo)	<input type="checkbox"/>
Persona que vive en un hogar sin empleo con hijos dependientes (ningún miembro del hogar tiene empleo)	<input type="checkbox"/>
Persona que vive en un hogar de un único adulto con hijos dependientes	<input type="checkbox"/>
Persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>
Persona migrante, de origen extranjero, minorías...	<input type="checkbox"/>
Otras personas desfavorecidas (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> (Sin estudios <input type="checkbox"/> , exdelinquentes <input type="checkbox"/> , pobreza o privación material <input type="checkbox"/> , drogodependientes <input type="checkbox"/> , sin hogar <input type="checkbox"/> , zona rural <input type="checkbox"/> , otros <input type="checkbox"/>)	
Observaciones: (Se debe rellenar este campo en el caso de que no se seleccione ninguna de las opciones anteriores explicando el motivo)	

D. / D^a. _____

Fecha: ____/____/____

Nombre y firma de la persona destinataria

"He sido informado/a de que los datos e imágenes que facilito serán incluidos en la justificación del Programa SARA y en los medios de difusión del mismo, tanto por la Federación Española de Universidades Populares, como por el Instituto de las Mujeres. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo a través de info@feup.org."